

REVISTA CLINICA ESPAÑOLA

PUBLICACIÓN OFICIAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA INTERNA

VOLUMEN 205 · EXTRAORDINARIO 1 · JULIO 2005

COMUNICACIONES XI CONGRESO CATALÁN-BALEAR DE MEDICINA INTERNA



www.doyma.es/rce

REVISTA CLINICA ESPAÑOLA

PUBLICACIÓN OFICIAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA INTERNA

SUMARIO

VOLUMEN 205 · SUPLEMENTO 1 · JULIO 2005

COMUNICACIONES XI CONGRESO CATALÁN-BALEAR DE MEDICINA INTERNA

Enfermedades infecciosas	1
Edad avanzada	13
Gestión	15
Insuficiencia cardíaca	17
Inflamación	20
Riesgo vascular	24
Varios	29
Índice de autores	54

Enfermedades infecciosas

A-1

AFFECTACIÓN ARTICULAR EN LA ENFERMEDAD MENINGOCÓCICA

A. García Flores¹, A. Zamora Cervantes¹, A. Rivera Austrui¹, H. Más Pueyo¹, N. Subira Farré², X. Chornet Pahisa³ y R. Massa Puig¹

¹Medicina Interna. ²Neumología. ³Traumatología. Hospital Comarcal de Blanes. Blanes (Girona).

Objetivos. Comunicar nuestra experiencia en el manejo de la afectación poliarticular por *Neisseria meningitidis* en el curso de una meningococemia, a propósito de dos casos.

Material y métodos. Estudio descriptivo de casos clínicos.

Resultados. Caso 1: varón de 42 años, sin antecedentes de interés. Cinco días antes del ingreso inicia cuadro de fiebre, mal estado general, náuseas y vómitos. Al cuarto día se inicia dolor y tumefacción en ambas rodillas y tobillos, asociándose el día del ingreso lesiones petequiales en EEII. A la exploración destacaba Tax 38,5 °C, mal estado general, lesiones petequiales en ambas EEII, signos flogóticos en rodillas y tobillos, no signos meníngeos. Analítica 19.720 leucocitos con desviación a la izquierda, 88.000 plaquetas, PCR 213, creatinina 2 mg/dl. Bioquímica de líquido articular de rodilla: aspecto purulento, glucosa 45 mg/dl, proteínas 2,5 g/dl, leucocitos 1.100×10^3 . Gram de líquido articular: diplococos gramnegativos, cultivo negativo (bajo tratamiento). Hemocultivos (2): *Neisseria meningitidis*. Gammagrafía ósea con Galio: captación patológica en ambas rodillas, tobillos, hombros y codos. Tratamiento: Penicilina G Na 24.000×10^3 día ev durante 3 semanas y punción lavado articular diario de las 8 articulaciones. Evolución clínica favorable sin secuelas articulares y de 9,7. Caso 2: varón de 47 años de edad, con antecedentes de hepatitis por virus B y C, infección por HIV estadio A2. Cuadro de 4 días de fiebre, mal estado general, lesiones necrohemorrágicas ampollas confluentes en grandes placas en extremidades inferiores. Analítica: 7.920 leucocitos, CD4 350 mm³, Carga viral 800 copias, PCR 230. Hemocultivos (2): *Neisseria meningitidis*. Tratamiento: Penicilina G Na 24.000×10^3 ev durante 3 semanas y desbridamiento e injertos cutáneos amplios en ambas EEII. A las 4 semanas de iniciado el cuadro presenta tenosinovitis en hombro derecho, siendo la punción blanca. Gammagrafía ósea con galio captación patológica a nivel de hombro derecho. Evolución favorable con secuelas secundarias a la retracción de los injertos cutáneos. El estudio epidemiológico evidenció que ambos casos habían tenido contacto laboral 2 semanas antes.

Discusión. La afectación articular en el curso de una meningococemia es infrecuente, siendo en el 50% poliarticular, predominantemente en grandes articulaciones. Puede manifestarse en forma precoz, como artritis supurativa, o de forma tardía como artritis reactiva o lesiones periarticulares.

El manejo de la artritis séptica meningocócica debe combinar la antibioterapia sistémica con el drenaje articular.

Conclusiones. Dada la poca agresividad, desde el punto de vista articular, de *Neisseria meningitidis*, la opción terapéutica de punción-lavado articular diaria frente a medidas más agresivas, debe valorarse como opción de primera línea sobre todo en la afectación poliarticular. Este abordaje permite reducir las complicaciones derivadas de otras técnicas más invasivas (drenaje continuo, artrostomía, artroscopia, etc.).

A-2

TUBERCULOMES CEREBRALS I PULMONARS EN IMMUNOCOMPETENT

C. Sabatier Cloarec², L. Gabarró Juliá¹, C. Tolosa Vilella¹, B. Font Creus¹, X. Plá Salas¹, J. Oristrell Salvá¹ y N. Combalia Soriano³

¹Medicina Interna. ²Medicina Intensiva. ³Anatomía Patológica. Corporació Sanitaria Parc Taulí. Sabadell (Barcelona).

Objectius. Descripció d'una pacient immunocompetent diagnosticada de tuberculomes cerebrals múltiples a l'Hospital Parc Taulí de Sabadell.

Material i mètodes. Presentació d'un cas clínic i revisió retrospectiva d'històries clíniques de pacients VIH (-) diagnosticats de tuberculosi a l'Hospital de Sabadell des de gener de 1997 fins a desembre de 2004.

Resultats. S'ha diagnosticat de tuberculosi (TBC) a 313 pacients. D'aquests 79 (25%) presentaven TBC extrapulmonar. Tan sols una pacient presentava tuberculomes cerebrals, diagnosticats a partir de símptomes neurològics focals (0,32%). Cas clínic: dona de 65 anys, immunocompetent, que va consultar el juliol de 2004 per cefalea, inestabilitat a la marxa i síndrome constitucional de 3 mesos d'evolució. D'antecedents mèdics únicament destaca una arrítmia cardíaca per fibrilació auricular paroxística. No referia hàbits tòxics ni tampoc contacte previ amb persones afectes de tuberculosi. L'exploració física era normal a excepció de signes de pira-

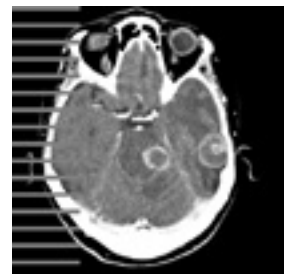


Fig. 1

midalisme dret i d'afecció cerebelosa. No signes d'hipertensió endocraniana. Aporèxia. La tomografia computeritzada (TC) cranial va evidenciar múltiples imatges nodulars amb captació perifèrica de contrast i marcat edema perilesional a ambdós hemisferis cerebrals, cerebel i tronc cerebral (fig. 1). La radiografia simple i la TC toràctica varen mostrar també múltiples imatges nodulars a ambdós camps pulmonars. Analíticament, s'aprecia una limfopènia de 980 elements amb 29% de limfocits CD4, transitoria. La serologia VIH era negativa i la resta de paràmetres bioquímics normals, incloent els marcadors tumorals. La biòpsia transtoràctica d'un nòdul pulmonar no va evidenciar cèl.lules malignes però sí un infiltrat limfocitari amb nombrosos acúmuls de bacils àcid-alcohol resistents en la tinció de Kinyoun. La PCR per micobactèries d'aquesta biòpsia fou positiva. Posteriorment, va créixer *Mycobacterium tuberculosis* en el cultiu de lowenstein del broncoaspirat. S'inicià tractament tuberculostàtic amb isoniacida, rifampicina i pirazinamida, i dexametasona, presentant una evolució clínica i radiològica favorable. Millora molt significativa de les imatges en el control RNM de desembre de 2004.

Discussió. Els tuberculomes cerebrals són una forma de presentació molt infreqüent en pacients immunocompetents amb TBC. En la nostra àrea representa el 0,32% de tots els casos de TBC en pacients VIH (-) i símptomes neurològics. La immunocompetència no descarta, en absolut, aquesta forma de presentació. De fet, no s'ha descrit una major incidència en pacients amb VIH o altres estats d'immunosupressió. La pacient que es comunica va fer una combinació de tuberculomes cerebrals i pulmonars, molt suggestiva de neoplàsia disseminada. Per tant, és molt important fer sempre estudi histològic de les lesions però, en casos de duete diagnòstic, també microbiològic atès que el pronòstic sol ser bo amb el tractament específic d'aquesta infecció.

Conclusions. Els tuberculomes cerebrals són una forma de presentació infreqüent, objectivada en el 0,32% de tots els casos de TBC en immunocompetents. La combinació de tuberculomes cerebrals i pulmonars és encara més rara, i cal descartar una neoplàsia disseminada. L'estudi histològic de les lesions s'ha d'acompanyar d'un estudi microbiològic en casos de dubte diagnòstic.

A-3

VALORACIÓ DE LA EFICÀCIA TERAPÈUTICA D'UNA PAUTA AMB ESTUVUDINA (D4T) + TENOFOVIR (TDF) + INHIBIDOR DE LA PROTEASA (IP) O INHIBIDOR DE LA TRANSCRIPTASA INVERSA NO ANÀLEG DE NUCLEOSIDS (ITINN) EN EL TRACTAMENT ANTIRETROVIRAL DE RESCAT EN PACIENTS VIH + (ESTUDI GPT)

E. Pedrol¹, E. Ribera², J. Blanch³, P. Barrufet⁴, P. Domingo⁵, M. Javallolas⁶, M. Rubio⁷ y E. Deig¹

¹Unitat VIH. Hospital General de Granollers. Vallès Oriental (Barcelona). ²Unitat VIH. Hospital Vall d'Hebrón. Barcelona. ³Unitat VIH. Hospital Els Camins. Barcelona. ⁴Unitat VIH. Hospital de Mataró. Mataró (Barcelona). ⁵Unitat VIH. Hospital de Sant Pau. Barcelona. ⁶Unitat VIH. Hospital de Viladecans. Barcelona. ⁷Unitat VIH. Hospital Arnau de Vilanova (Lleida).

Objectius. La millora en el pronòstic observada en els malalts infectats pel VIH es degut als beneficis del tractament antiretroviral d'alta eficàcia (HAART), actualment el proble-

ma és la elecció de fàrmacs per tal de construir un tractament de rescat efectiu. Objectius: avaluar la resposta immuno-virològica d'un tractament antiretroviral de rescat que inclou d4T + TDF + IP o ITINN en pacients en fracàs virològic.

Material i mètodes. Estudi multicèntric prospectiu que inclou malalts en fracàs virològic; s'inicia estratègia terapèutica que inclou d4T + TDF + IP o ITINN. Es recullen dades basal, del seguiment immuno-virològic i adherència cada tres mesos.

Resultats. Es van incloure 91 pacients. Dades visita basal: 68% homes amb edat mitjana de 40 anys; el 60% eren usuaris de drogues via parenteral, el 50% tenien SIDA i 51% estan co-infectats pel VHC. El temps mitja de la infecció pel VIH fou de més de 11 anys. La mitjana de fàrmacs antiretrovirals usades prèviament fou de 7 (64% havien pres d4T i 20% TDF). El 76% prenen d4T + TDF + IP (81% dels quals va ser lopinavir/r) i la resta (24%) d4T + TDF + ITINN (73% va ser efavirenz). La mitjana de càrrega viral basal va ser de 93.248 còpies/ml i la mitjana de limfòcits CD4 basals de 318/mm³. A la setmana 24 de tractament la millora mitjana de limfòcits CD4 va ser de 54/mm³. En l'anàlisi per intenció de tractament, el 64,7% i el 60,8% dels pacients tenien càrregues virals inferior a 400 i 50 còpies/ml respectivament. No es van objectivar, durant el seguiment, cap malaltia definitiva de SIDA ni cap efecte advers sever. El 94% dels pacients tenien una adherència > 95% mesurada per l'escala MOSH-VIH.

Conclusions. Estuvudina + tenofovir + IP o ITINN ha demostrat a la setmana 24 de tractament ser una pauta amb gran eficàcia, sent ben tolerada i aconseguint una excel·lent adherència en una pauta de tractament de rescat en població VIH + prèviament molt tractada.

A-4

EFFECTES SOBRE LA MITOCONDRIA DESPRÉS DE CANVIAR UN TRACTAMENT ANTIRETROVIRAL A ENFUVIRTIDE, TENOFOVIR I SAQUINAVIR/RITONAVIR: RESULTATS PRELIMINARS

E. Deig¹, O. Miró², G. Garrabou², I. Vidal¹, R. Escayola³, F. Cardellach², J. Casademont² y E. Pedrol¹

¹Unitat de VIH. Hospital de Granollers. Vallès Oriental (Barcelona). ²Servei de Medicina Interna. Hospital Clínic. Barcelona.

Objectius. L'ús crònic d'anàlegs de nucleòsids (ITIN) està lligat a deplecció i disfunció del DNA mitocondrial (mtDNA), que pot contribuir a alguns dels efectes adversos dels tractaments antiretroviral d'alta eficàcia (HAART). El canvi cap a una pauta lliure de ITIN o a una pauta amb ITIN amb baixa toxicitat mitocondrial podria millorar la funció mitocondrial. Varem avaluar els efectes sobre la mitocondria de canviar a una pauta HAART que consistia en enfuvirtide (T-20), tenofovir (TDF) i saquinavir/ritonavir (1.000/100 mg cada 12 hores).

Material i mètodes. Es van incloure 5 pacients que estaven rebent diferents HAART durant 5,5 ± 1,3 anys i que es va canviar a T-20 + TDF + SQV7r per fracàs immuno-virològic o efectes secundaris. Es van obtenir cèl.lules mononuclears de sang perifèrica (PBMC) a la visita basal i als 3 mesos després del canvi. Es va determinar el contingut de mtDNA (per PCR temps real), massa mitocondrial (per espectrofotometria), activitats del complex III i IV (per espectrofotometria) i taxa de respiració espontànea (per polarografia). Els resul-

tats basals van ser comparats amb pacients VIH naive a anti-retrovirals.

Resultats. Respecte als pacients naive als antiretrovirals, els PBMC dels pacients amb T-20 + TDF + SQV/r van mostrar a la visita basal, una disminució del contingut del mtDNA (2,39 vs 2,01, $p = 0,21$), de la massa mitocondrial (123 vs 84, $p < 0,05$), del complex III (194 vs 155, $p = 0,13$), del IV (65 vs 57, $p = 0,46$) i de les activitats i índex de respiració espontània (6,8 vs 6,5, $p = 0,77$). Tres mesos després del canvi a T-20 + TDF + SQV/r, el contingut de mtDNA va augmentar un 55% ($p = 0,15$) i l'índex de respiració espontània un 17% ($p = 0,29$). El complex III, el IV i la massa mitocondrial no es van modificar.

Conclusions. A pesar de la manca de significació estadística als 3 mesos, el canvi a una HAART consistent en T-20 + TDF + SQV/r te una tendència favorable respecte a la recuperació de la toxicitat mitocondrial. La millora del funcionalisme mitocondrial s'ha de tindre en compte a més de les altres avantatges lligades al canvi. Es necessita un seguiment més llarg per saber si l'augment del contingut del mtDNA també s'associa a una millora dels altres paràmetres mitocondrials.

A-5

REALMENT SABEM COM PENSEN ELS PACIENTS? PREFERÈNCIES I PRIORITATS DELS PACIENTS VIH + «EXPERIENCED» D'ACORD A UNA PAUTA DE NOVA DOSI DE SAQUINAVIR (SAQUIR@STUDY)

E. Deig¹, I. Suárez-Lozano², J. Sanz³, E. Ortega⁴, F. Vera⁵, E. Ribera⁶, R. Escayola⁷ y E. Pedrol¹

¹Unitat VIH. Hospital General de Granollers. Vallès Oriental (Barcelona). ²Unitat VIH. Hospital Infanta Elena. Huelva. ³Unitat VIH. Hospital Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares (Madrid). ⁴Unitat VIH. Hospital General de València. València. ⁵Unitat VIH. Hospital Santa M.ª del Rosell. Cartagena (Murcia). ⁶Unitat VIH. Hospital Vall d'Hebron. Barcelona.

Objectius. El tractament antiretroviral ha de ser escollit en base de la informació disponible d'eficàcia, tolerància i durabilitat, ha salvaguardar per les opcions de futur per una pauta de rescat i ha de considerar les preferències del pacient i les seves necessitats per tal d'assolir una bona complimentació. Malgrat tot, els clínics sovint prenen decisions d'acord amb les seves pròpies creences (les d'una persona sana), que poden no coincidir amb els desitjos del pacient (malalt crònic). L'objectiu d'aquest estudi es determinar les preferències dels pacients VIH+ pel tractament antiretroviral.

Material i mètodes. Estudi multicèntric de tall transversal dut a terme en 58 hospitals espanyols. L'estudi inclou pacients VIH + que han iniciat una nova pauta terapèutica, que inclou Saquinavir, els 6 mesos previs a la inclusió. Per determinar les preferències dels pacients sobre el tractament antiretroviral, es va realitzar un qüestionari estructurat dissenyat específicament per aquest propòsit. Es realitza anàlisi descriptiu per contrast d'hipòtesis.

Resultats. Es van incloure 340 pacients (75% homes, 54% usuaris de drogues via parenteral). Edat mitjana de 41 anys i la mitjana d'anys d'evolució de malaltia fou 10 anys; 76% tenien criteris de SIDA. Els pacients tenien una mitjana de 5,7 anys en tractament amb HAART i 5,3 anys en tractament amb inhibidors de la proteasa (IP). A igualtat d'eficàcia, els pacients prefereixen menys efectes secundaris per sobre d'un nombre baix de comprimits (82% vs 18%; $p < 0,01$); aquest

diferència era més evident entre els pacients laboralment actius que en aquells que no treballaven ($p < 0,05$), així com en aquells pacients amb més de 6 anys en tractament HAART respecte els de < 6 anys ($p < 0,05$). En igualtat d'efectes secundaris consideren que la potència farmacològica era més important que el nombre de comprimits (63% vs 37% $p < 0,05$). Finalment, 60% dels pacients prefereixen tractament QD vs 40% que prefereixen BID ($p < 0,05$), en l'últim cas hi ha dues excepcions: 55,2% dels pacients > 45 anys d'edat prefereixen BID vs 33,5% dels pacients de < 45 anys i 43,2% dels pacients que havien rebut el primer tractament amb IP feia > 6 anys preferien tractaments BID, en canvi els que feia < 6 anys preferien QD en 31,7%.

Conclusions. El nostre anàlisi de la opinió dels pacients VIH + amb experiència prèvia als antiretrovirals mostra una preferència per tractaments ben tolerats i efectius per sobre de un baix nombre de comprimits, i tractaments QD respecte tractaments BID. Quan l'experiència amb antiretrovirals augmenta, la tendència a preferir tolerància i seguretat del tractament augmenta i la preferència per tractaments QD es fa menys prominent.

A-6

EVALUACIÓN DEL USO DE ANÁLOGOS DE NUCLEÓSIDO EN PACIENTES CON INFECCIÓN VIH: IMPACTO DE ESTAVUDINA A DOSIS REDUCIDAS SOBRE SU PERFIL DE EFICACIA Y SEGURIDAD

E. Pedrol¹, T. Martín², J. Sanz³, M. Rubio⁴, J. Jurdado⁵, J. Cartón⁶, M. del Pozo⁷ y E. Deig¹

¹Unitat VIH. Hospital General de Granollers. Vallès Oriental (Barcelona). ²Unidad VIH. Hospital Puerta de Hierro. Madrid. ³Unidad VIH. Hospital Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares (Madrid). ⁴Medicina Interna. Hospital Arnau de Vilanova. Lleida. ⁵Unidad VIH. Hospital Severo Ochoa. Madrid. ⁶Unidad VIH. Hospital Central de Asturias. Oviedo (Asturias). ⁷Unidad VIH. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid.

Objetivos. Estavudina es un antirretroviral de la familia de los inhibidores de la transcriptasa inversa análogos de los nucleósidos que ha demostrado ser un fármaco muy bien tolerado y seguro a corto plazo, eficaz a largo plazo y que además presenta un excelente perfil de resistencias lo que determina la posibilidad de éxito del tratamiento antirretroviral, así como de su reutilización en terapias de rescate. Sin embargo, asociado a su uso se han descrito toda una serie de toxicidades (acidosis láctica, dislipemia, lipodistrofia, pancreatitis, polineuropatía) que han condicionado su uso en la actualidad. A pesar del desarrollo de nuevos antirretrovirales, su número no deja de ser escaso y con frecuencia se producen resistencias cruzadas entre ellos. Por todo ello, es preciso buscar estrategias que sin condicionar la eficacia del tratamiento colaboren en la reducción de los efectos adversos del mismo. Objetivo principal: evaluar la actividad antiviral (eficacia inmunoviroológica) de las pautas antirretrovirales que incluyan estavudina a dosis reducida. Secundario: determinar la seguridad de las mismas.

Material y métodos. Estudio retrospectivo (período de estudio: 31-07-01 hasta 31-07-04) multicéntrico a nivel estatal. Criterios de inclusión: pacientes que hubieran reducido dosis de estavudina (peso > 60 kg que hubieran pasado de 40 a 30 mg/12 h y en el caso de < 60 kg de 30 mg a 20 mg/12 h) tras haber permanecido un mínimo de 6 meses

con dosis habituales y que llevarán un mínimo de 3 meses con carga viral indetectable o en caso de terapias de rescate con una carga viral estable (al menos 1 log inferior a la del inicio de estavudina). Criterios exclusión: tratamiento combinado de más de 4 fármacos; cambio durante el seguimiento de alguno de los fármacos de la pauta antirretroviral o registro de datos insuficientes (< 3 meses de seguimiento). Se establecieron las variables e instrumentos de medida, así como el estudio estadístico a realizar.

Resultados. Se analizan 1.027 pacientes originados en 56 centros. Datos demográficos y epidemiológicos: edad media: 41 años; 77% varones; 58% drogadictos, 17% homosexuales y 25% heterosexuales; 31% diagnosticados de SIDA; 61% presentaban hepatopatía coexistente; tiempo medio en tratamiento antirretroviral: 6 años; tiempo medio recibiendo estavudina: 4 años; nadir de linfocitos CD4: 191 células/ml. Eficacia inmunoviológica: a los 6 meses de tratamiento, la ganancia media de linfocitos CD4 fue de 33 células/ml y la carga viral indetectable (< 50 copias RNA/ml) pasó del 83% al 84% (análisis en tratamiento). Seguridad: a los 6 meses existe una tendencia a la mejoría del perfil lipídico y de la incidencia y severidad de la polineuropatía sin que se alcanzen valores estadísticamente significativos. Se produce una mejoría significativa en los enzimas hepáticos y pancreáticos. No se producen cambios en el lactato ni en la lipodistrofia.

Conclusiones. La reducción de dosis de estavudina no compromete la eficacia del fármaco en este tipo de población tanto desde el punto de vista inmunológico como virológico. A nivel del perfil de seguridad sólo se evidencia una tendencia hacia la mejoría del mismo debido probablemente a que el tipo de efectos secundarios estudiados necesitarían de un seguimiento más prolongado.

A-7

ESTUDI DESCRIPTIU DE LA TUBERCULOSI A UN HOSPITAL COMARCAL (GENER 1997-DESEMBRE 2004)

R. Jiménez Calderón¹, X. Plá Salas¹, E. Casas Homs¹, N. Costa Rosell¹, M. López Rodríguez¹, R. Comet Monte¹, R. Jordana Comajuncosa¹ y J. Real Gatiús²

¹Medicina Interna. ²C.E.P.S.S. Hospital de Sabadell. Fundació Parc Taulí-Institut Universitari (UAB). Sabadell (Barcelona).

Objectius. Descriure les característiques epidemiològiques, clíniques, microbiològiques i radiològiques dels pacients (P) diagnosticats de tuberculosi (TB) a l'Hospital Parc Taulí de Sabadell (població de referència de 389.578 habitants, 768 llits en total).

Material i mètodes. Revisió retrospectiva de les històries clíniques dels p > 18 anys diagnosticats de TB (excloent infectats per VIH) confirmada per cultiu Löwenstein en els darrers 8 anys (de gener de 1997 a desembre de 2004).

Resultats. S'han diagnosticat 313 casos, 66% homes, amb una edat mitjana de 49 anys (SD 21). Distribució per edats: 69,6% < 65 anys; 12,8% 65-74 anys; 17,6% > 74 anys. 2,2% institucionalitzats; 5,8% problemàtica social; 40% dependència moderada-severa; 11% havien tingut TB prèvia. Factors de risc: tabaquisme 53%; enolisme 23%; MPOC 18,8%; neoplàsia 9,9%; diabetis mellitus 7,7%; patologia cardiovascular 6,1%; tractament immunosupressor 5,8%; gastrectomia 1,9%; cirrosi hepàtica 0,6%. Clínica: dels 313 P, 234 (74,8%) tenien TB pulmonar i 79 (25,2%) extrapulmonar (26,6% pleural; 25,3% miliar o disseminada; 16,5%

ganglionar; 12,7% genitourinària; 8,9% osteoarticular; 5,1% intestinal; 3,8% cutània; 1,3% meningia). 256 p (81,5%) toràcica (pulmonar o pleural). Presentació: asimptomàtics 4,8%. Clínica general: 48,2% (151) febre; 41,9% (131) pèrdua pes; 33,2% (104) anorexia; 18,2% (57) sudoració; 14,4% (45) mal estat general. Als pacients amb TB pulmonar: 75,2% tos; 23,9% hemoptisi; 19,7% dispnea; 18,8% dolor toràcic. 134 p (43%) van requerir ingrés. Durada símptomes 67,3 dies (SD 113,6). Retard diagnòstic 14 dies (SD 35,4). Laboratori: 36,4% leucocitosi (> 11.000 x 10⁹/l), 27,2% anèmia (< 120 g/l), 14,6% elevació AST (> 32 U/l), 14,9% elevació ALT (> 32 U/l), 77,4% elevació fosfatasa alcalina (> 104 U/l); proteïna C reactiva alta (> 0,5 mg/dl) a 19/21 (90,5%); VSG elevada (> 20 mm en la 1a hora) a 229/286 (80%); LDH elevada (> 480 U/l) a 24/171 (14%). Radiologia a TB pulmonar: 90% amb infiltrat pulmonar (81,4% a lòbuls superiors, 15,2% lòbuls inferiors i 5,7% a lòbul mig); 19,7% amb afectació bilateral; 39,7% cavitació; 12,4% nòduls; 2,6% vessament pleural; 1% adenopaties. PCR positiva a 5/20 (25%); ADA alt (> 9 a LCR i > 40 a la resta de mostres) a 17/33 (56%). PPD+ a 108/127 (85%). Tinció de Ziehl-Nielsen positiva a 198/313 (63,3%). Als P amb TB pulmonar, es recollí esput a un 77,8% i BAS a un 25,6%. Tractament: els fàrmacs més utilitzats van ser isoniazida (95,2%), rifampicina (94,9%) i pirazinamida (87,9%). Un 7,7% dels P va requerir tractament amb corticoides. El 18,2% dels P tractats van presentar efectes secundaris, essent els més freqüents: alteració de la biologia hepàtica (43%), erupció cutània (37,3%), intolerància digestiva (9,8%). La resposta radiològica es va confirmar a un 45,3% dels casos. Resposta microbiològica comprovada a un 25,2%. Mortalitat a l'any de diagnòstic del 10,7%. Perduts al seguiment 22 p (7%). Mortalitat global 16,2%. Mortalitat relacionada 5,2% (80% durant el tractament i 20% abans d'iniciar-lo).

Conclusions. 1) La TB segueix essent una malaltia freqüent al nostre medi, a tots els grups d'edat, amb temps de durada de símptomes llarg i una mortalitat no despreciable; 2) A la nostra sèrie, la elevació de la fosfatasa alcalina és l'alteració analítica més característica i 3) Destaca una sensibilitat de l'ADA del 56%.

A-8

TRATAMIENTO ANTIRETROVIRAL UNA VEZ AL DÍA BASADO EN EFAVIRENZ ASOCIADO A DIDANOSINA EN LA CLÍNICA DIARIA

H. Knobel¹, P. Arazo², E. Pedrol³, M. Rubio⁴, P. Domingo⁵, J. Bisbe⁶, J. Cucurull⁷ y J. Colomer⁸

¹M. Interna-Infecçioses. Hospital del Mar. Barcelona.

²M. Interna. Hospital Miguel Servet. Zaragoza.

³M. Interna. Hospital de Granollers. Granollers

(Barcelona). ⁴M. Interna. Hospital Arnau de Vilanova.

Lleida. ⁵M. Interna. Hospital Sant Pau. Barcelona.

⁶M. Interna. Hospital de Olot. Olot (Girona).

⁷M. Interna. Hospital de Figueres. Figueres (Girona).

⁸M. Interna. Hospital Santa Caterina. Girona.

Objetivos. Tanto médicos como pacientes han adoptado rápidamente los tratamientos antirretrovirales basados en pautas de administración de una vez al día, sin embargo, existe escasa experiencia en su uso en la práctica clínica habitual. El objetivo del estudio fue evaluar la efectividad y la seguridad de efavirenz (EFV) asociado a didanosina (ddI) con lamivudina (3TC) o tenofovir (TDF) en diferentes situaciones clínicas.

Material y métodos. Se realizó un estudio observacional multicéntrico de pacientes con infección VIH que fueron tratados con EFV + ddI asociados a 3TC o TDF. El período de inclusión fue desde enero de 2003 hasta junio 2004. Los pacientes pertenecían a tres situaciones clínicas: A) Tratamiento de inicio; B) Pre-tratados con viremia indetectable, cambiaron de tratamiento por toxicidad o simplificación y C) Pre-tratados con viremia detectable, cambiaron de tratamiento por fracaso. Se reportan los resultados a los 6 meses de seguimiento. La efectividad (viremia < 50 copias/ml) se evaluó mediante el análisis por intención de tratar (IT) (cambio y/o pérdida de seguimiento = fracaso) y por datos observados (DO).

Resultados. Las características basales de los 183 pacientes incluidos fueron: grupo A: 67 pacientes (TDF: 5 pacientes, mediana de viremia: 5 log/ml, mediana CD4: 180/ml); grupo B: 53 pacientes (TDF: 23 pacientes, CD4: 445/ml) y grupo C: 63 pacientes (TDF: 34 pac, viremia: 4,4 log/ml, CD4: 258/ml). La efectividad según análisis IT/DO fue: grupo A: 70,1%/83,9%; grupo B: 92,5%/94,2% y grupo C: 60,3%/73,1%. Comparando las pautas que contenían 3TC o TDF los porcentajes de fracaso por DO fueron: grupo A: 14,8%-50%; grupo B: 7,7%-4,3% y grupo C: 20,8%-30,8%. Los cambios en el recuento de CD4 fueron: grupo A: + 160 células/ml; grupo B: + 48 células/ml (3TC +18, TDF +53) y grupo C: + 83 células/ml (3TC + 110, TDF + 70). Ninguna de las diferencias fue estadísticamente significativa. Sólo 8 pacientes (4,4%) tuvieron que cambiar de tratamiento por efecto adverso, pérdida de seguimiento 9,8%, fallecimiento 1,6%, adherencia correcta (100%) referida por el paciente 86%.

Discusión. No se encontraron diferencias significativas en la evolución virológica e inmunológica entre las pautas que contenían TDF o 3TC probablemente por el pequeño tamaño de la muestra. En el grupo e terapia de inicio sólo 5 pacientes iniciaron TDF, en uno se perdió el seguimiento y dos fracasaron. En el momento actual el uso de la combinación ddI + TDF debería usarse con precaución y sólo en pacientes muy seleccionados.

Conclusiones. La combinación EFV + ddI + 3TC, en dosificación una vez al día, mostró alta efectividad, buena tolerancia y buena adherencia. Podría ser de utilidad en diferentes situaciones clínicas, como terapia de inicio, simplificación, efecto adverso o fracaso a tratamientos previos.

Material y métodos. Se revisan las historias de los pacientes que reciben actualmente d4T + ddI y se registran sus datos demográficos, epidemiológicos, inmuno-virológicos y de seguridad.

Resultados. Se incluyen 18 pacientes (5,1% de los pacientes tratados): 89% varones; edad media: 39,2 + 6,7 años; 78% drogadictos por vía endovenosa, 17% heterosexuales y 5% desconocido; el 55,5% cumplían criterios de SIDA. Los pacientes se conocían portadores de la infección por el VIH desde hacía una media de 10,7 + 5,5 años y recibían tratamiento antirretroviral desde hacía una media de 7,6 + 3,7 años; en 4 casos los pacientes habían recibido desde el inicio la combinación y, en el resto, la media de tratamientos recibidos previamente era de 5. El 61% habían recibido previamente d4T y en el 44,5% ddI. Los pacientes recibían d4T + ddI desde hacía una media de 33,4 + 20,2 meses que se combinaba en el 44,5% de los casos con un inhibidor de la proteasa, en otro 44,5% con un no análogo y en un 11% con otro análogo. En el 78% de los casos, d4T se administraba en dosis reducidas. La causa de prescripción fue: 50% de los casos: según guía terapéutica al uso, 33% debido a resistencias y un 17% por inclusión de un paciente en un protocolo. En el momento de la revisión 13 pacientes (72%) se hallaban indetectables (< 50 copias RNA/ml), tres presentaban una carga viral < 2.000 copias RNA/ml y uno se hallaba en fracaso terapéutico. Por otro lado, la ganancia media de linfocitos CD4 era de 69 elementos/ml. El 55,5% de los pacientes presentaban lipodistrofia: 60% atrofia, 20% acúmulo y 20% forma mixta; la severidad de la misma fue valorada como leve en el 40% de los casos, 20% moderada y 40% grave. No se constataron casos de pancreatitis, polineuropatía o de acidosis láctica/hiperlactatemia sintomática. Los motivos de continuar con la combinación fueron: voluntad del paciente: 17%, a causa de resistencias: 33% y 50% por ausencia de efectos secundarios importantes para el paciente.

Conclusiones. La d4T + ddI se sigue prescribiendo en aquellos pacientes que lo iniciaron en su momento según las recomendaciones vigentes y que les sigue siendo útil años después desde el punto de vista inmuno-virológico y que no presentan problemas subjetivos de seguridad. Otro grupo de pacientes que reciben la combinación son aquellos en que se les pauta en el contexto de tratamientos de rescate dada la eficacia de la pauta independientemente de la seguridad de la misma.

A-9

ESTAVUDINA + DIDANOSINA: MOTIVOS DE PRESCRIPCIÓN ACTUAL

E. Pedrol¹, P. García¹, I. Vidal¹, E. Rimblas² y E. Deig¹

¹Unitat VIH. Hospital General de Granollers. Vallès Oriental (Barcelona). ²Servei de Medicina Interna. Hospital General de Granollers. Granollers (Barcelona).

Objetivos. La combinación de estavudina (d4T) + didanosina (ddI) fue durante años la pauta de inhibidores de la transcriptasa inversa análogos de los nucleósidos recomendada en las guías terapéuticas del momento, pero la descripción de un perfil de toxicidad desfavorable asociado a su uso ha provocado que se contraindique en embarazadas y no se recomienda en pacientes naives. Sin embargo, la eficacia comprobada de la combinación hace que a pesar de todo se siga prescribiendo. Objetivos: conocer los motivos de prescripción actual de d4T + ddI y, secundariamente, su perfil de eficacia y seguridad.

A-10

INFECCIÓ DE FERIDA QUIRÚRGICA I COMORBILITATS

R. Coll Colell³, R. García-Penche Sánchez², M. Martínez Rebollar¹, R. Salas Campos¹, O. Aguado Lorenzo¹, C. Fornós Astó¹, P. Torras Moreno¹ y F. Rosell Abaurrea³

¹Medicina Interna. ²Control de Infecció. ³Medicina Interna/Control de Infecció. Hospital Universitari Sagrat Cor. Barcelona.

Objectius. Diversos autors opinen que un seguiment meticulós de la infecció de ferida quirúrgica (IFQ), després de la cirurgia electiva de colon i recte, fa que les xifres detectades d'infecció siguin molt superiors a les que habitualment, es citen en la literatura. En aquest treball s'han plantejat com a objectius conèixer la incidència real d'infecció de ferida superficial i profunda, en la Neoplàsia de Colon, en un Hospital Universitari de 350 llits, amb elevada activitat quirúrgica. Analitzar si existeix algun factor independent associat a la infecció.

Material i mètodes. Es van recollir de forma prospectiva, totes les intervencions quirúrgiques de Neoplàsia de Colon i recte sigma des del 1 de gener de 2004 fins al 31 de desembre de 2004, amb seguiment diari fins a l'alta, per la Infermera de control d'infecció hospitalària, i control als 30 dies. En tots es van registrar dades de: edat, sexe, factors de risc extrínsecs i intrínsecs, index de massa corporal, profilaxi antibiòtica, temps d'intervenció, microorganismos causals i antibiòtics prescrits.

Resultats. D'un total de 97 intervencions, es van registrar 19 infeccions de ferida quirúrgica (IFQ), amb una incidència de 19,58%. Veure: tabla. No existen diferències estadísticament significatives, respecte a la mitjana d'edat i el temps d'intervenció. Existeixen diferències significatives $p = 0,041$ respecte al nombre total de factors de risc (intrínsecs i extrínsecs) per pacient, entre pacients amb IFQ i pacients sense IFQ. Els microorganismes implicats van ser de major a menor freqüència: *E. coli* (5), *Streptococcus viridans* (2), *Morganella morganii* (1), *Enterococcus faecalis* (1), *Corynebacterium spp.* (1), *Bacteroides* (1), *Klebsiella oxytoca* (1) i altres (1).

	No infectats	Infectats	
Nº pacients	86	11	
Edat mitja	72,48	67,36	
Obesitat	5,4%	0	
Mitja nº f. risc	3,18	3,84	$p = 0,041$
Temps mig IQ	132 min.	129 min.	
Profilaxi	94%	100%	

Discussió. Els nostres resultats estan d'acord amb la opinió d'alguns autors que consideren que les xifres reals d'infecció són superiors a les que generalment es citen a la literatura*. Un seguiment acurat pot ser la causa d'un aparent increment en les xifres d'infecció quirúrgica. La comorbiditat és un factor essencial en la valoració del nombre d'infeccions de ferida quirúrgica.

Conclusions. La incidència de IFQ en la Neoplàsia de Colon en la nostra sèrie és superior a la majoria de referències publicades en la literatura (1). Creiem que pot ser atribuïble a un seguiment acurat de les intervencions. Un seguiment continuat permet detectar un major nombre d'infeccions. El nombre de factors de risc afavoreix la IFQ. El internista té un paper important en la prevenció de la IFQ mitjançant el control dels factors de risc. *Bibliografia: Robert L, Smith, MD, Jamie K, Bohl MD, Shannon T, Mc. Elearney MD, et al. Ann Surg 2004; 239:599-607.

A-11

TRETS DIFERENCIALS DELS PACIENTS DIAGNÒSTICS D'INFECCIÓ PEL VIH A PARTIR DELS 45 ANYS D'EDAT

A. Ortí Llaveria, C. Escrich Monfort, E. Rodado Alabau, E. Chamarro Martí, F. Sena Ferrer, E. Grima Barrio, L. Castro Vélez y D. Bofill Montoro

Servei de Medicina Interna. Hospital Verge de la Cinta. Tortosa (Tarragona).

Objectius. Conèixer el percentatge de pacients majors de 45 anys atesos en una unitat de VIH i detectar trets diferencials respecte als pacients més joves.

Material i mètodes. S'han revistat totes les històries de pacients VIH+ atesos en el nostre centre. Les variables estudiades han estat: edat al moment de la detecció, sexe, factor

de risc principal, CD4 i càrrega viral inicials, presència d'una malaltia definitiva de sida i si aquesta va ser el motiu de la detecció del VIH. Per a la construcció de la base de dades i per als estudis estadístics s'ha utilitzat el programa estadístic Epi Info versió 3.3.2. Per a la comparació de variables qualitatives s'ha utilitzat el test de la chi quadrada i el test ANOVA per a la comparació de variables qualitatives amb quantitatives.

Resultats. En el nostre centre s'han controlat un total de 224 pacients VIH+ dels quals 19 tenien una edat superior o igual a 45 anys al moment del diagnòstic, la qual cosa representa un 8,5% dels pacients estudiats. L'interval d'edat era des dels 46 fins els 78 anys (mediana de 58 anys), 16 eres homes i 3 eren dones, proporció que, malgrat inferior (15,8% front el 29,8%), no era diferent respecte a la dels pacients d'edat inferior ($p = 0,15$). En tots els pacients, la via de transmissió va ser sexual amb un predomini heterosexual (63,2%), la qual cosa va ser significativa respecte a la resta de pacients d'edat inferior ($p < 0,0001$). Al moment del diagnòstic, l'estat immunitari dels pacients majors de 45 anys era pitjor, amb uns CD4 inferiors a 200 en el 62,5% dels mateixos, front el 28,4% dels d'edat inferior ($p = 0,02$), malgrat no hi havia diferències en la càrrega viral. Aquest pitjor estat immunitari es reflexava en el fet de que en 9 pacients el motiu del diagnòstic va ser una malaltia definitiva de la sida ($p = 0,0001$).

Discussió. Malgrat la nostra sèrie es petita s'observen trets ja descrits en altres sèries més grans com és el fet de que la via de transmissió sexual es la més important amb aquest col·lectiu de pacient i que el diagnòstic en realitza en un moment més avançat de la malaltia, cosa que es demostra amb uns CD4 inferiors i el que en una proporció important de pacients una malaltia definitiva de sida es el que motiva el seu diagnòstic de VIH.

Conclusions. La infecció pel VIH té uns trets diferencials en els pacients en el que el diagnòstic es realitza en edats més avançades. S'hauria de conscienciar a la població de que es practiquin la determinació d'anticossos front el VIH si han tingut alguna actitud de risc, això podria reduir els diagnòstics en fases avançades de la malaltia.

A-12

ESTUDI DESCRIPTIU I COMPARATIU DE LA TUBERCULOSI EXTRAPULMONAR

M. López Rodríguez¹, X. Plá Salas¹, R. Jiménez Calderón¹, E. Casas Homs¹, N. Costa Rosell¹, R. Jordana Comajuncosa¹, R. Comet Monte¹ y J. Real Gatiús²

¹Medicina Interna. ²C.E.P.S.S. Hospital de Sabadell. Fundació Parc Taulí. Institut Universitari (UAB). Sabadell (Barcelona).

Objectius. Descriure les característiques epidemiològiques, clíniques i diagnòstiques de la tuberculosi (TBC) extrapulmonar i comparar-les amb les de la TBC pulmonar.

Material i mètodes. Revisió retrospectiva de les històries clíniques dels malalts (m.) amb TBC (cultiu positiu per *Micobacterium tuberculosis*) extrapulmonar, diagnosticats al nostre centre (hospital comarcal amb una àrea de referència d'uns 390.000 habitants) entre gener de 1997 i desembre de 2004. Criteris d'exclusió: < 18 a., infecció pel VIH.

Resultats. Descriptiu: de 313 TBC diagnosticades durant aquest període, la localització va ser extrapulmonar en 79 (25,2%) m. amb una edat mitjana de 50,2 a. (rang: 20-92 a.). Distribució per edats: 49 m. tenien < 65 a., 15 entre 65 i 75, i 15 > 75 a. En un 6,3% (5) es va documentar una TBC prèvia. Les localitzacions van ser: pleural 26,6% (21), miliar

25,3% (20), ganglionar 16,5% (13), genitourinària 12,7% (10), osteoarticular 8,9% (7), intestinal 5,1% (4), cutània 3,8% (3) i meníngia 1,3% (1). En el grup < 65 a. la localització més freqüent va ser la pleural 36,7% (18) seguida de la mliar 22,4% (11), genitourinària 16,3% (8), ganglionar 12,2% (6), osteoarticular 10,2% (5) i meníngia (1). En el grup ≥ 65 a. la TBC més freqüent va ser la mliar 30% (9) seguida de la ganglionar 23,3% (7), la intestinal 13,3% (4), la pleural i cutània 10% (3), i la genitourinària i osteoarticular 6,6% (2). La TBC pleural va ser significativament més freqüent en els < 65 a. (36,7% vs 10%; $p < 0,008$) i tots les casos de TBC intestinal i cutània es van donar en ≥ 65 a. La TBC mliar va ser significativament més freqüent en els >75 a. (46,7% vs 20,3%; $p < 0,04$). Comparatiu. Un 44,3% (35) de les TBC extrapulmonars són homes (vs 73,9% a la TBC pulmonar; $p < 0,001$). No existeixen diferències significatives pel que fa a l'edat, institucionalització, sociopatia, dependència física i antecedents de TBC. L'enolisme i tabaquisme són significativament menys freqüents en la TBC extrapulmonar (5,1% vs 29,5% i 31,6% vs 60,3% respectivament; $p < 0,001$), sense que hi hagi diferències pel que fa a la presència de diabetes mellitus, patologia cardiovascular, gastrectomia, neoplàsia, tractament immunosupressor i cirrosi hepàtica. La durada dels símptomes va ser de 89,7 dies (DS 125,8) en la TBC extrapulmonar (vs 53,2 d [DS 51,4]; $p < 0,001$) i el retard diagnòstic de 29,5 dies (DS 62,3) (vs 8,6 dies [DS 15,9]; $p < 0,001$). Els símptomes sistèmics més freqüents van ser febre (48,1%), astènia (34,2%), pèrdua de pes (32,9%), anorèxia (26,6%), mal estat general (20,3%) i sudoració (13,9%) sense haver-hi diferències significatives en cap d'ells en relació a la TP. Únicament es constata una menor tendència a presentar pèrdua de pes. Les alteracions analítiques detectades a la TBC expulmonar van ser: elevació de la proteïna C reactiva i de les fosfatases alcalines (83,3%), elevació de la VSG (82,7%), anèmia (35,1%), leucocitosi (26,9%), elevació de les transaminasses (19,7%) i elevació de la LDH (14,6%). No existeixen diferències en relació a la TP excepte en una menor presència de leucocitosi (26,9% vs 40,6%; $p = 0,03$). La tinció de Ziehl-Nielsen (ZN) va ser positiva en un 30,4% (vs 74,4% a la TP; $p < 0,001$). Durant el seguiment es van perdre 22 malalts del total de 313 TBC. De m. amb TBC extrapulmonars se'n van morir 14 (18,9%), 7 d'ells en relació a la TBC (9,5% vs 4,1% a la TBC pulmonar).

Conclusions. 1) En una quarta part dels casos de TBC la localització és extrapulmonar. La més freqüent és la TBC pleural seguida de la mliar, la ganglionar, la genitourinària i l'osteoarticular; 2) Hi ha diferències en la localització de la TBC extrapulmonar en funció de l'edat i 3) A diferència de la TBC pulmonar, la TBC extrapulmonar és més freqüent en dones, s'associa menys freqüentment a la presència d'hàbit tabàquic i enòdic, té una major durada de símptomes, un major retard diagnòstic, una menor sensibilitat de la tinció de ZN i presenta una major mortalitat.

A-13

TUBERCULOMA CEREBRAL COM A FENÒMEN DE REACTIVACIÓ IMMUNE EN UN PACIENT SEROPOSITIU

E. Chamarro Martí, A. Ortí Llaveria, C. Escrich Monfort, F. Sena Ferrer, E. Rodado Alabau, N. Sanz Arealillo, E. Grima Barrio y D. Bofill Montoro

Servei de Medicina Interna. Verge de la Cinta. Tortosa (Tarragona).

Objectius. L'aparició de símptomes d'una malaltia oportunista en un pacient diagnosticat de SIDA i CD4 (< 100/ μ l)

coincidint amb l'inici del tractament antiretroviral fins al sisè mes de tractament pot ser secundari a una alteració en el sistema immunològic.

Material i mètodes. Exposem un cas clínic d'un pacient atès al nostre servei.

Resultats. Home de 40 anys diagnosticat de tuberculosi mliar l'any 2003, durant l'ingrés es detecta per primer cop VIH+, amb estat immunològic: CD4 157/ μ l i càrrega viral del VIH+ de RNA > 750.000 còpies/ml A Desembre de 2004, inicia tractament antiretroviral però posteriorment als tres mesos reingressa per pèrdua de força a l'hemicòs esquerre. Es practica el TAC cranial i RMN que mostra una lesió temporal esquerra que capta contrast amb anella subjectiva de Toxoplasmosi cerebral. Estat immunològic CD4 232/ μ l i RNA-VIH < 200 còpies/ml. El pacient acudeix per control de probable toxoplasmosi cerebral objectivant-se empitjorament clínic i radiològic motiu pel que es realitza una biòpsia esteroatàxica que mostra un tuberculoma intracranial.

Discussió. Aquest empitjorament paradòic d'una infecció diagnosticada, controlada i correctament tractada es denomina síndrome de restauració immunològica El diagnòstic és clínic i es recolza amb un augment significatiu de CD4 i un descens important de la càrrega viral VIH. El tractament no està consensuat però s'aconsella actitud expectant junt amb antiinflamatoris i/o corticoides i manteniment del tractament antiretroviral.

Conclusions. El fenomen de restauració immune s'hauria de tenir present en tots aquells pacients en el que s'observa un empitjorament d'una malaltia oportunista sobretot quan s'acompanya de una recuperació immunitària.

A-14

FLAVIVIRUS AL DELTA DE L'EBRE. TENIM EVIDÈNCIA D'INFECCIÓ EN HUMANS D. Bofill Montoro¹, A. Ortí Llaveria¹, F. Sena Ferrer¹, E. Rodado Alabau¹, E. Chamarro Martí¹ y M. Sánchez Seco²

¹Medicina Interna. Verge de la Cinta. Tortosa (Tarragona). ²Virologia. Instituto Carlos III. Madrid.

Objectius. Les especials característiques climàtiques i geogràfiques d'aquesta zona amb gran quantitat d'aiguamolls afavoreixen la proliferació de nombroses espècies de mosquits que poden ser vectors de malalties víriques ocasionades per arbovirus i mes concretament del grup dels flavivirus. Aquesta zona també és parada pràcticament obligatòria de les aus migratòries en el seu trajecte des del nord d'Àfrica fins Europa i al inrevés. Aquestes aus podrien ser portadores també de flavivirus que a través d'un mosquit vector podrien infectar als humans La detecció en alguns mosquits (*O. caspius*) de flavivirus no coneguts i dels que desconeixem el seu potencial patològic és el que, juntament amb la presència estacional de síndromes febrils perllongats amb resolució espontània i meningitis amb líquid clar de etiologia no aclarida, ha motivat aquest estudi per avaluar la seroprevalència de flavivirus i més concretament de West Nile Virus (WNV) als habitants dels pobles del Delta de l'Ebre .

Material i mètodes. S'estudien prospectivament 952 sèrums d'habitants del delta de l'Ebre que faci més de deu anys que viuen a la zona i no hagin viatjat fora de l'estat espanyol. En el moment de la extracció estan sans i no han presentat patologia rellevant durant l'últim any. Va determinar-se IgG per WNV i IgM per WNV, en els casos positius o dubtosos es va practicar prova de neutralització.

Resultat. En 23 serums la determinació va ser dubtosa. En catorze casos la IgG per WNV va ser positiva. En un d'ells també va ser positiva la IgM per WNV. La neutralització per WNV va confirmar presència d'anticossos contra WNV en dos sèrums, un d'ells el que també era IgM positiu. Cap dels sèrums dubtosos va ser positiu per neutralització.

Discussió. Els treballs fets a la zona del Delta de l'Ebre fa anys per A. Lozano mostraven la incidència alta d'anticossos contra WNV a la zona del delta de l'Ebre. La aparició de casos de WNV publicats a la Europa de l'est, Portugal i Camarga francesa, totes elles de característiques similars a la nostra i amb pas d'aus migratòries van motivar l'estudi. No coneixem altres estudis realitzats al nostre país ni a la resta d'Europa sobre prevalença del virus. N'existeix un en curs però és en personal de risc, a diferència del nostre que és de població general. Amb els resultats obtinguts podem dir que el WNV està present a la nostra zona, però que les característiques clíniques no es manifesten com a la resta de casos descrits a Europa i/o Amèrica. També segons els resultats obtinguts podem pensar que existeixen altres flavivirus que podrien donar falsos positius de IgG per WNV.

Conclusions. S'han detectat anticossos IgG específics per WNV, confirmats per neutralització, en dos sèrums. Un cas, IgM positiu per WNV, podria indicar infecció recent. Existeix una seroprevalència per flavivirus de 1,47% (14/952) als habitants del Delta de l'Ebre. Poden haver-hi (12 sèrums) reaccions creuades amb altres flavivirus no catalogats. **Red EVITAR (Enfermedades Viricas Transmitidas por artrópodos y roedores)**.

A-15

ATAZANAVIR I ICTERÍCIA, A PROPÒSIT D'UN CAS D'EXPOSICIÓ ACCIDENTAL LABORAL EN UN PROFESSIONAL SANITARI

J. Guil Sánchez², M. Rodríguez Martín², E. Deig Comerma¹, M. Serés², A. Soler Sendra¹ y E. Pedrol Clotet¹

¹Unitat VIH. ²Servei de Medicina Interna. Hospital General de Granollers. Granollers (Barcelona).

Objectius. Atazanavir és un medicament antiretroviral, inhibidor de la proteasa (IP), que s'administra un cop al dia. Presenta a més l'avantatge de tenir un bon perfil de seguretat: bàsicament produir menys alteracions a nivell metabòlic: escassa o nul·la incidència de diabetes i un efecte beneficiós sobre el perfil lipídic. Tot i això, un dels efectes secundaris més comuns de l'atazanavir és l'augment de la bilirrubina no conjugada, que en un nombre poc freqüent de casos s'associa a icterícia, i que tendeix a normalitzar-se una vegada que es suprimeix la seva administració. Tot això unit a la seva còmoda posologia, fa que sigui un antiretroviral amb grans perspectives. Objectiu: referir un efecte secundari conegut d'un fàrmac (atazanavir) en un contexte poc freqüent, pacient no VIH en profilaxi postexposició a material biològic.

Material i mètodes. Es va recollir la història clínica i les dades analítiques de la font i de la receptora i es va fer seguiment de la mateixa.

Discussió. Cas clínic: es tracta d'una metgessa que durant la seva pràctica privada, va patir punxada accidental després d'injecció subdèrmica a pacient VIH+. Duia guants i la punxada es va produir amb una agulla d'insulina al palmell de la mà, sent de poca profunditat i amb escassa sortida de sang. Va realitzar rentat amb abundant aigua i alcohol. Va acudir a la nostra Unitat a l'endemà (12 hores de la punxada). La pacient font era VIH+, complia els criteris de SIDA i presen-

tava una càrrega viral indetectable amb una xifra de CD4 de 300 cèl/mm³. Es trobava en la 6.^a línia de tractament antiretroviral en el moment actual, amb els següents fàrmacs: atazanavir 150 mg (2-0-0), ritonavir 100 mg (1-0-0), estavudina 20 mg (1-0-1) i tenofovir (1-0-0). A la consulta es va realitzar a la receptora serologies basals per VIH, VHB i VHC, que van resultar negatives. Es va decidir d'acord amb la pacient, donat el control virològic que presentava la font, pautar el mateix tractament antiretroviral. Al cap de 3 dies de tractament la pacient va presentar icterícia clínicament rellevant, motiu pel qual va consultar, la resta de l'exploració física era normal. Analíticament destacava una bilirrubina total de 7,79 mg/dl i una bilirrubina directa de 0,56 mg/dl. No es va detectar alteració de la resta de la biologia hepàtica. Es va suspendre l'administració d'atazanavir i ritonavir, mantenint-se la resta de medicació, amb la qual cosa va desaparèixer la icterícia al cap de tres dies. Es va fer un posterior control al mes, que mostrava normalització de la bilirrubina (0,57 i 0,12 respectivament) i amb persistència de les serologies negatives per a VIH, VHB i VHC.

Conclusions. La incidència d'icterícia en el tractament amb atazanavir és relativament freqüent, encara que amb poca rellevància clínica. No obstant, pot ser preocupant per al pacient i per al metge prescriptor sobretot en situacions com la descrita, la punxada accidental, motiu pel qual s'ha de tenir en compte a l'hora de prescriure haches medicament en aquest contexte i valorar altres alternatives terapèutiques.

A-16

ESTUDIS NO INVASIUS I INVASIUS EN EL DIAGNÒSTIC DE LA HIPERLACTATÈMIA PEL TRACTAMENT ANTIRETROVIRAL DE GRAN ACTIVITAT (TARGA)

G. Garrabou Tornos, E. Sanjurjo Golpe, S. López Moreno, A. Infante Pérez, J. Ramos Lázaro, F. Cardellach López, O. Miró Andreu y J. Casademont Pou

Laboratori de Funcionalisme Mitocondrial-Medicina Interna. Hospital Clínic. Barcelona.

Objectius. Un dels efectes tòxics més importants del TARGA és la inhibició de la DNA-gamma-polimerassa mitocondrial, que produeix una disminució del DNA mitocondrial (DNAm) que codifica per a les proteïnes que integren la cadena respiratòria mitocondrial (CRM). Quan la depleció del DNAm supera un determinat llindar, es pot produir la disfunció de la CRM que dona lloc a la hiperlactatèmia (HL) associada al TARGA. La HL es caracteritza per una disminució del consum d'oxigen mitocondrial i un augment del metabolisme anaeròbic, amb la conseqüent producció de lactat. L'existència d'una prova fàcil d'utilitzar en la pràctica clínica, capaç de determinar l'alteració en el consum d'oxigen, podria ser útil en el diagnòstic de la toxicitat mitocondrial associada al TARGA. Objectius: descriure la utilitat d'un test d'esforç aeròbic en el diagnòstic dels pacients amb HL per TARGA.

Material i mètodes. Durant l'episodi d'HL i al cap 6 mesos, es practicà un test d'esforç aeròbic sobre l'avantbraç als malalts amb HL associada al TARGA, amb determinació de la saturació venosa d'oxigen (SVO) abans, durant i després de l'exercici. A més es van obtenir mostres de limfòcits de sang perifèrica i teixit muscular per quantificar el DNAm (per PCR quantitativa a temps real) i estudiar les activitats enzimàtiques de la CRM (per espectrofotometria). Els resultats obtinguts es van comparar amb un grup de persones sanes (A) i de malalts HIV sota TARGA sense HL (B).

Resultats. El grup A va mostrar un decrement mitjà de la SVO del 49%, i el grup B del 46%. S'han estudiat dos malalts amb HL. En tots dos casos es va documentar una depleció del DNAm i una disminució de l'activitat enzimàtica de la CRM durant l'episodi d'HL, que es van recuperar als sis mesos. El pacient 1 va mostrar un decrement mitjà de la SVO durant l'episodi del 24%, que va augmentar fins al 43% als sis mesos. El pacient 2 va mostrar un decrement mitjà de la SVO durant l'episodi del 34%, que es va incrementar fins al 56% als sis mesos.

Discussió. Els malalts sota TARGA que pateixen HL presenten una depleció del DNAm i una disminució de l'activitat enzimàtica dels complexos que formen part de la CRM, que es recupera una vegada superat l'episodi. Quan aquesta disfunció de la CRM és màxima, es tradueix en una disminució del consum d'oxigen durant l'exercici, que és demostrable a partir d'un test d'esforç aeròbic.

Conclusions. El test d'esforç aeròbic pot ser útil en el diagnòstic i estudi de la HL associada al TARGA.

A-17

PREVALENCIA D'INFECCIÓ PER GÈRMENS MULTIRRESISTENTS EN UN CENTRE SOCIOSANITARI

F. Masanés Torán¹, A. Culla Ginesta¹, E. Sacanella Meseguer¹, F. Marco Reverte², M. Navarro López¹, E. Salgado García¹, I. Rodríguez Montoliu¹ y A. López Soto¹

¹Unitat Sociosanitària Clínic. Servei Medicina Interna,

²Laboratori de Microbiologia. Hospital Clínic. Barcelona.

Objectius. Anàlisi de la prevalença d'infecció nosocomial produïda per GMR a la Unitat Sociosanitària Clínic (USS-C), vinculada a l'Hospital Clínic i les seves característiques clíniques i epidemiològiques.

Material i mètodes. S'han recollit les dades de totes les infeccions causades per *Staphylococcus aureus* meticilina resistent (SARM), *Acinetobacter baumannii* (ACB) i altres *Bacils gramnegatius* multirresistents (BGNMR), a la USS-C durant el període 2002-2004. En tots els casos s'analitzen les dades clíniques, tipus d'infecció, germen implicat i evolució.

Resultats. Al llarg del referit període van ingressar a la unitat un total de 669 pacients, dels quals 177 van presentar una infecció nosocomial (prevalença del 26,5%). D'aquests, 69 pacients (46 homes i 23 dones) varen presentar 82 infeccions per GMR (prevalença del 10%): 43 causades per SARM, 7 causades per ACB i 32 causades per BGNMR. Només en el 35% dels casos (24 pacients) ja es coneixia que estaven colonitzats prèviament durant l'ingrés al centre d'aguts. En 14 d'ells van patir una reinfecció durant la seva estada a la USS-C. El focus de la infecció fou: 20 cutani (29%), 19 respiratori (27,5%), 15 urinari (21,7%), 10 ferida quirúrgica (14,5%), 5 altres (7,2%). Aquest tipus d'infecció va ser més prevalent en els pacients amb diagnòstic d'admissió mèdic (55 p) que amb els que tenien un diagnòstic quirúrgic (14 p) ($p < 0,05$). La evolució fou satisfactòria en 39 (56,5%), 11 varen requerir de nou derivació a centre d'aguts (15,9%) i 19 varen morir a causa d'aquesta infecció (27,5%). Tal com es pot veure a la taula 1 s'observa un increment progressiu de la prevalença d'infeccions per GMR en el període d'estudi.

Discussió. La infecció nosocomial en centres sanitaris representa una causa important de morbimortalitat i en especial la produïda per gèrmens multirresistents (GMR). El seu impacte a l'àmbit d'atenció sociosanitària és menys conegut.

El present estudi reforça la importància d'aquestes infeccions i la necessitat de la presa de mesures preventives per tal de disminuir el seu impacte.

Conclusions. Hi ha un increment progressiu en la prevalença d'infecció nosocomial per GMR en els centres sociosanitaris (en especial per BGNMR). En la majoria dels casos, aquest tipus d'infecció va ser diagnosticada al centre sociosanitari sense haver presentat episodis previs. Donada la elevada mortalitat associada s'han d'extremar les mesures preventives per disminuir la seva incidència.

A-18

BRUCELOSIS: ESTUDIO DESCRIPTIVO DURANTE 6 AÑOS EN UN HOSPITAL DE LA COMUNIDAD BALEAR

J. Rascón¹, L. Martín¹, A. Campins¹, T. Bosch¹, M. del Río¹, F. Salva² y C. Villalonga¹

¹Medicina Interna. ²Microbiologia. Hospital Son Dureta. Palma de Mallorca (Balears).

Objetivos. La brucelosis es una zoonosis de distribución mundial que puede afectar a casi cualquier órgano, cuya frecuencia disminuye en el mundo y en nuestro país en los últimos años. Estudio descriptivo de los casos documentados de brucelosis desde enero 1999 hasta diciembre 2004 en un hospital de la Comunidad Balear.

Material y métodos. Se solicitó al Servicio de Microbiología las serologías positivas para *Brucella* y al de Documentación y Codificación las historias con el diagnóstico de "Brucelosis". Se analizaron las siguientes variables: edad, sexo, antecedentes epidemiológicos, clínica, pruebas complementarias, tratamiento y evolución.

Resultados. Se revisaron las historias clínicas de 15 pacientes, excluyéndose 12 por no confirmarse el diagnóstico. Los tres casos se describen a continuación: Caso 1: varón de 31 años, natural de Mallorca, ingesta de queso de oveja no controlado. Síndrome febril y dolor en región sacroiliaca de 2 días de evolución. Exploración: dolor a la palpación en sacroiliaca izquierda. Radiología de columna: normal, gammagrafía: captación bilateral de sacroiliacas y serologías: Rosa de Bengala (RB) +, seroaglutinación (AG) + 1/320. Tratamiento: con doxiciclina y rifampicina. Control postratamiento: RB (+) y AG 1/80. Buena evolución. Caso 2: mujer de 56 años, natural de Granada, no ingesta de productos lácteos no pasteurizados. Clínica de dolor lumbar y fiebre de 5 días de evolución. Exploración: hepatomegalia. Radiografía sacroiliacas: normales, Ecografía abdominal: hígado normal, esplenomegalia homogénea, gammagrafía ósea: normal, hemocultivos positivos para *Brucella* y serologías: RB positivo. Se trató con doxiciclina y estreptomycin. Control postratamiento: desaparición de la esplenomegalia y RB negativo. Buena evolución. Caso 3: mujer de 61 años, natural de Granada, probable ingesta de lácteos no controlados y brucelosis en la juventud, correctamente tratada. Dolor en hipocóndrio derecho y lumbar asociado a síndrome constitucional de 2 meses de evolución. Exploración: hepatomegalia. Radiografía de abdomen: calcificación en silueta hepática, ecografía y TAC abdominal: nódulo hepático calcificado de 2 x 5 cm, serologías amebas e hidatidosis (-), RB (-), AG (-), Coombs (+) 1/2.560, PAAF hepática: cultivo positivo para *Brucella*. Tratamiento: doxiciclina y rifampicina, con mala cumplimentación. Dos años después recidiva del absceso con serologías: RB (-), AG < 1/40, Coombs + 1/2.500, requiriendo drenaje percutáneo que consigue la resolución del absceso y tratamiento con doxiciclina y gentamicina. Nueva

recidiva 3 meses después con Coombs + 1/2.560, se realizó drenaje percutáneo con TAC posterior que mostró la resolución del absceso, recibe tratamiento gentamicina y doxiciclina. Tercera recidiva al año con Coombs + 1/2.500, se procedió a desbridamiento quirúrgico y tratamiento con doxiciclina y estreptomycin. Actualmente de nuevo control radiológico.

Discusión. La brucelosis es una enfermedad poco frecuente en nuestro hospital, de los 15 pacientes diagnosticados como brucelosis, sólo se confirmó serológicamente en 3. La buena interpretación de los resultados serológicos es importante tanto para el diagnóstico como para clasificar la brucelosis en aguda o crónica, ya que los títulos pueden tardar años en negativizarse.

Conclusiones. A pesar de su baja frecuencia, es una entidad a tener en cuenta ante un síndrome febril con radiculopatía o la presencia de un absceso con calcificación central, sobretudo en pacientes procedentes de zonas endémicas y con antecedente epidemiológico sugestivo. Aunque suelen evolucionar correctamente con el tratamiento, en ocasiones no es así, presentando recidivas y requiriendo intervención quirúrgica.

A-19

ENDOCARDITIS PER *ESCHERICHIA COLI* EN UNA PACIENT AMB CIRROSI HEPÀTICA

C. Escrich Monfort, E. Rodado Alabau, A. Ortí Llavería, L. Castro Vélez, F. Sena Ferrer, E. Chamarro Martí, E. Grima Barrio y D. Bofill Montoro

Medicina Interna. Hospital Verge de la Cinta. Tortosa (Tarragona).

Objectius. Descriure un cas d'endocarditis per *Escherichia coli* (*E. coli*).

Resultats. Cas clínic: dona de 42 anys amb antecedents de psoriasis i cirrosi hepàtica per una malaltia de Caroli. Diagnosticada 1 setmana abans de l'ingrés d'infecció urinària, la pacient va iniciar tractament amb amoxicil·lina-clavulàmic sense presentar milloria motiu pel que ingressa. A la exploració física inicial sols destacava un buf sistòlic 1/6 en el focus tricúspide, essent la resta de la exploració normal. Es van practicar hemocultius i urinocultius en els que va créixer *E. coli* sensible tots els antibiòtics testats excepte tetraciclins. Per la persistència de la síndrome febril es va practicar una ecografia abdominal que va descartar abscessos intraabdominals i, per la presència del petit buf tricúspide, una ecocardiografia transtoràcica que va mostrar la existència d'una berruga suggestiva d'endocarditis. Amb el diagnòstic d'endocarditis per *E. coli* es va iniciar tractament amb cefotaxima i gentamicina endovenoses, restant afebril. El tractament es va mantenir durant 28 dies observant-se la desaparició de la berruga als 25 dies.

Discussió. *Escherichia coli* és un germen que produeix de forma freqüent bacterièmies, sobretot a partir d'un focus urinari. Malgrat això, són poques les complicacions sèptiques a òrgans distants i encara són menors els casos comunicats d'endocarditis per aquest germen. Aquest fet s'atribueix a la curta durada de les bacterièmies, així com a la baixa capacitat d'adhesió d'aquest germen a l'endocardi valvular, inclús si aquest està lesionat. Tot i que els pacients amb cirrosi hepàtica tenen una major tendència a presentar infeccions per bacteris gramnegatius no s'observa una major freqüència d'endocarditis per aquests germens. Sense tractament, s'observa una mortalitat propera al 75%, i per aquest motiu es

important pensar en aquesta entitat en pacients amb factors de risc que presenten una evolució tòrpida malgrat un tractament correcte.

A-20

ROMBENCEFALITIS POR *LISTERIA MONOCYTOGENES*

E. Martínez, J. Cuquet, M. Mijana, B. Consola, A. Almuedo, M. Vila y S. Montull

Medicina Interna. Hospital General de Granollers. Granollers (Barcelona).

Objetivos. Presentar dos casos de rombencefalitis por *Listeria monocytogenes* en adultos.

Resultados. Caso 1: paciente de 61 años, alérgico a la penicilina, enolismo moderado, adenocarcinoma de colon sigmoide estenosante diagnosticado en diciembre de 2004 con metástasis única hepática. Inicia corticoterapia como tratamiento analgésico coadyuvante y recibe una sesión de quimioterapia (5FU) previa al ingreso e inicia tratamiento con corticoides. Enfermedad actual: a las dos semanas consulta por mareo, visión borrosa e inestabilidad de unas horas de evolución. A su llegada, está afebril, presenta una oftalmoparesia del III par derecho y del VI par izquierdo, una hepatomegalia dolorosa ya conocida. Se realiza TAC craneal urgente que es normal. El día siguiente inicia fiebre 38 °C, cefalea y signos meníngeos. Pruebas complementarias: Analítica: Hb 10,2 g/dl, Hto 30,4%, VCM 77,7fl, leucocitos 6.100 (seg 77%, linf 8%, monocitos 15%) TP 85%, glucosa 151 mg/dl, urea 49 mg/dl, creat 0,6 mg/dl, sodio 130 mEq/L, PCR 44 mg/L; LCR: prot 56 mg/dl, glucosa 28 mg/dl, leucocitos 1.340 (seg 92%, linf 8,0%), ADA 7,7 U/L; Rx torax y abdomen normal, sedimento de orina normal, hemocultivos negativos. Evolución: con la orientación de síndrome meníngeo se inicia tratamiento con Vancomicina 1 g/12 h ev y Cotrimoxazol ev con desaparición de la fiebre y signos meníngeos, persistiendo la oftalmoparesia y aparición posterior de disartria y disfagia. A los 3 días, se repite el análisis del LCR: prot 75 mg/dl, glucosa 16 mg/dl, leucocitos 220 (seg 32%/linf 68%), ADA 9,9 U/L decidiéndose añadir tratamiento tuberculostático. Se realiza RMN cerebral que muestra una imagen hiperintensa (T2) en vertiente izq y mitad posterior de protuberancia compatible con rombencefalitis con escasa afectación meníngea. Al 5.º día se recibe cultivo de LCR positivo para *Listeria monocytogenes* se decide mantener tratamiento con Cotrimoxazol retirándose tratamiento tuberculostático y vancomicina. Presenta una evolución tórpidica con fluctuación del nivel de conciencia, siendo finalmente éxitus tras aparición de una neumonía nosocomial aspirativa. Caso 2: paciente de 36 años, natural de Gambia, vive en Cataluña desde hace 11 años. Enfermedad actual: consulta por fiebre alta, cefalea, náuseas y vómitos. Presenta fiebre de 38 °C y signos meníngeos de 5 días de evolución. El análisis del LCR muestra 480 células, 66% PMN, glucosa 27 mg/fl; sin observar gérmenes en el Gram; TAC craneal normal. Se inicia tratamiento con cefotaxima y ampicilina. Posteriormente aparece nistagmus vertical, paresia VI par derecho y depresión nivel de conciencia. Se recibe hemocultivos y cultivo de LCR positivo para *Listeria monocytogenes*. La RMN cerebral muestra imágenes hiperintensas en anillo en protuberancia posterior bilaterales, cerebelo y bulbo compatible con rombencefalitis. Paralelamente presenta cuadro etiquetado de miocarditis en base a CK elevadas, insuficiencia cardíaca, episodios de edema pulmonar con las sobrecarga de volumen y posteriormente parada

cardíaca en FV que requiere IOT y VMI. Pruebas complementarias: analítica: Hb 10,9 mg/dl, Hto 32%, VCM 84, 5.900 leucocitos (58% seg, 26% linf, 11% monoc, 5% eosin), plaquetas, coagulación, urea, creat, sodio y potasio normal. GGT 138 U/L, GPT 49U/L, GOT, FA y BT normal, Ac VIH negativo, subpoblaciones linfocitarias normales. ECG: ritmo sinusal, ecocardiograma transesofágico: defectos de contractilidad miocárdica, FE 40%; Rx torax y TAC toraco-abdominal normal. Evolución: la sepsis y el síndrome meníngeo se resuelven a las dos semanas de tratamiento antibiótico con ampicilina y gentamicina persistiendo sin cambios en la RMN los abscesos del tronco cerebral y los déficits neurológicos focales condicionando una hemiparesia izquierda, ataxia de tronco, diplopia, disfagia, y paresia facial central izquierda que ha mejorado parcialmente con fisioterapia y tratamiento antibiótico. Se cambia tratamiento antibiótico a ampicilina y cotrimoxazol a dosis altas que se mantiene durante 6 semanas con lo que se obtiene resolución de los déficits y de las imágenes RMN captantes.

Discusión. La meningoccefalitis por *Listeria* raramente se presenta como afectación del tronco cerebral. Ocurre con mayor frecuencia en adultos sanos. Se suele presentar con pódromos de cefalea, fiebre, náuseas y vómitos de unos días de evolución seguido de una alteración asimétrica de un par craneal, signos cerebelosos, hemiparesia. Se debe realizar el diagnóstico diferencial principalmente con meningitis TBC. El 40% presentan insuficiencia respiratoria. El LCR muestra alteraciones leves. Los hemocultivos y cultivo del LCR son positivos en 41%-61%. Presenta una morbi- mortalidad elevada.

A-21

MENINGITIS TUBERCULOSA: USO DE CORTICOIDES COMO TRATAMIENTO COADYUDANTE A LOS ANTIBIÓTICOS

M. Martínez Rebollar¹, M. Mireia Martínez², O. Aguado Lorenzo¹, R. Salas Campos¹, R. Coll¹, F. Fernández Monras¹ y F. Rosell Abaurrea¹

¹Medicina Interna, ²Farmacia. Hospital Sagrat Cor. Barcelona.

Objetivos. La tuberculosis continúa siendo una amenaza importante para la salud. La World Health Organization (WHO) ha estimado su incidencia anual en 8,8 millones de casos en todo el mundo con 1,8 millones de muertes. Aunque la mayor parte de esa población se encuentra en África y el Sudeste Asiático, en países como el nuestro que contaba ya con una tasa elevada se ve incrementado desde la aparición de las formas asociadas a la coinfección con el virus de la inmunodeficiencia humana (HIV) y con el aumento de la población inmigrante en la última década. La meningitis es una forma particularmente severa de esa enfermedad que ocurre más frecuentemente en los países con mayor incidencia de tuberculosis. Dentro de las terapias coadyudantes que se han ensayado, los corticoides con su efecto antiinflamatorio es probablemente la mejor manera de disminuir las secuelas de la enfermedad, su beneficio potencial ya se ha observado en distintas comunicaciones y se han incluido como de probable utilidad en los protocolos de tratamiento. Con el presente estudio, pretendemos describir la prevalencia en los últimos cinco años de este tipo de enfermedades en un hospital universitario de 350 camas y la conducta terapéutica en cuanto a la adición de esteroides al tratamiento, así como sus resultados.

Material y métodos. Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes diagnosticados de meningitis tuberculosa aten-

didados en el Servicio de Hospitalización de Medicina Interna. Los pacientes se reclutaron entre los atendidos en un hospital de 350 camas, de referencia de un sistema sanitario de 250.000 habitantes adscritos a una mutualidad y unas 250.000 personas beneficiarias de la Seguridad Social, de su área de influencia en Barcelona.

Resultados. Desde 1998 hasta diciembre del 2003 se han diagnosticado un total de 11 meningitis tuberculosas. Con una media de edad de 45 años, todos los casos eran pacientes del área urbana de Barcelona y solo uno tenía otra nacionalidad (indú). No se ha demostrado mayor incidencia con el transcurso de los años. Todos los pacientes habían recibido dexametasona en dosis de 24 a 16 mg/día y no se produjo ninguna muerte ni secuelas posteriores. El tratamiento corticoideo se inició al mismo tiempo que los tuberculostáticos y en ninguno de los pacientes se objetivó daño hepático que obligara a cambiar la administración de antibióticos.

Conclusiones. La prevalencia de meningitis tuberculosa en nuestro hospital no ha aumentado de forma estadísticamente significativa, el tratamiento adicional con dexametasona ha sido la práctica habitual y no han ocurrido muertes ni secuelas, a la vez que en ninguno de los casos se detectó daño hepático por tuberculostáticos, lo que iría en la línea de las últimas series presentadas que recomiendan la adición de esteroides por su efecto beneficioso en cuanto a la evolución de la enfermedad y a evitar posibles secuelas, así mismo podría invocarse un posible efecto de protección hepática.

A-22

EOSINOFILIA PULMONAR PER *BLASTOCYSTIS HOMINIS*

B. Consola Maroto¹, J. Tárrega Camarasa², E. Barbeta², J. Padros Bou³, A. Almuedo Riera¹ y S. Montull Morer¹

¹Medicina Interna. ²Pneumología. ³Gastroenterología. Hospital General de Granollers. Granollers (Barcelona).

Objectius. Descriure un cas clínic d'un pacient que presenta febre amb infiltrats pulmonars, eosinofilia perifèrica i pulmonar en relació amb infestació per *Blastocystis hominis*.

Material i mètodes. Pacient home de 44 anys, fumador de 3 paquets al dia i bebedor de més de 80 grams de alcohol al dia que va consultar a urgències del nostre centre per dispnea. El pacient referia un quadre de tres setmanes d'evolució caracteritzat per tos productiva, febre i exantema cutani recurrent. Es trobava taquipnèic i febril amb una temperatura de 39,5 °C. L'exploració física destacava crepitants a hemitòrax dret i exantema maculopapular al tronc i extremitats superiors (amb afectació palmar). La gasometria evidencià insuficiència respiratòria greu (pH 7,56, pCO₂ 25 mmHg, pO₂ 47 mmHg, HCO₃ 22 mmol/L, SatO₂ 89,4%). Els anàlisis van revelar leucocitosos de 14.700/mm³ (27% d'eosinòfils: 3.696 eos/mm³), VSG 59 mm/H, PCR 183,97 mg/l, IgE 647 UI/L. Els ANCA, ANA, Factor reumatoide resultaren normals i HbsAg, VHC, HIV negatius. En la radiografia de tòrax anteroposterior i lateral s'evidencià patró alveolar bilateral de distribució hiliofugal. Es va realitzar rentat broncoalveolar apreciant-se predomini d'eosinòfils del 59% a la citologia. Es realitzà biòpsia transbronquial amb important infiltració eosinofílica perivascular i peribronquial (sense evidència de cèl.lules grans, vasculitis, granulomes, cèl.lules multinucleades ni microorganismes). L'estudi parasitològic de femta en les diferents mostres resultà positiu per *Blastocystis hominis*. Tractat amb oxigenoteràpia i cobertu-

ra empírica per pneumonía adquirida a la comunitat, es va retirar l'antibioteràpia. El pacient va evolucionar de forma favorable, apreciant-se clara milloria clínica, normalització analítica i radiològica en els propers dies. La TAC toràcica mostrà procés inflamatori en vies de resolució als 11 dies de l'ingrés. A l'alta es va tractar l'infestació per *Blastocystis* amb metronidazol, aconseguint estudi parasitològic negatiu en femtes. Cinc mesos més tard presenta de nou un exantema cutani, coincidint amb l'aïllament d'escassos *B. hominis* en femtes, però sense eosinofília perifèrica. Es va reinstaurar el tractament amb metronidazol, restant asimptomàtic fins l'actualitat.

Discussió. *Blastocystis hominis* és un paràsit unicel·lular relacionat amb patologia intestinal. La seva taxonomia, cicle vital i patogenia encara romanen en controvèrsia després de més de 80 anys des de la primera descripció acceptada del gènere *Blastocystis*. És un dels gèrmens més freqüentment aïllat en els estudis parasitològics de femtes. El mode de

transmissió és fecal-oral, tot i que altres mètodes no es poden descartar. La infecció per *B. hominis* sembla estar influenciada per l'edat, presència de diarrea crònica i factors d'higiene com el consum d'aigua contaminada. Segons la literatura, no es troba relacionada amb condicions climàtiques, socioeconòmiques ni de gènere. La clínica associada a *Blastocystis hominis* resulta sovint inespecífica i és fonamentalment digestiva. Els símptomes més freqüents són dolor abdominal, nàusees, anorèxia, fatiga i diarrea sense productes patològics. S'han reportat casos d'aparició de febre, invasió de la mucosa colònica, peritonitis i infecció de líquid articular, urticària, i eosinofília a sang perifèrica, però no d'eosinofília pulmonar.

Conclusions. Encara que l'afectació pulmonar per aquest paràsit no ha estat descrita, l'evolució clínica, radiològica i analítica, així com la biòpsia en la que no s'evidencia altres causes, donen suport a l'orientació diagnòstica.

Edad avanzada

EA-1

TBC PULMONAR EN GENT GRAN, EN QUÈ ÉS DIFERENT?

X. Pla¹, R. Jiménez¹, E. Casas¹, N. Costa¹, M. López¹, R. Comet¹, R. Jordana¹ y J. Real²

¹Medicina Interna. ²CEPSS. Hospital de Sabadell. Fundació Parc Taulí-Institut Universitari (UAB). Sabadell (Barcelona).

Objectius. Estudiar si existeixen diferències en les característiques de la Tuberculosi Pulmonar (TP) en funció de l'edat. **Material i mètodes.** Revisió retrospectiva (dades epidemiològiques, clíniques, radiològiques, microbiològiques, terapèutiques i de supervivència) dels pacients ≥ 18 a diagnosticats de TP mitjançant cultiu de Lowenstein-Jensen positiu (infectats per VIH exclosos), durant 8 anys (des de 1/97 fins el 12/04). Anàlisi estadística mitjançant el paquet estadístic SPSS v12.0. S'ha realitzat un estudi descriptiu $X \pm DS$ en 3 grups d'edat (< 65 a, $65-74$ a i > 74 a), i un estudi comparatiu en base a dos talls d'edat (65 a i 75 a) utilitzant el test estadístic t-Student per les variables quantitatives i el test χ^2 per les variables qualitatives. Es considera significació estadística $p < 0,05$.

Resultats. 234 casos de TP. Edat mitjana de 48,8 a (DS 21,1): 169 < 65 a, 25 de $65-74$ a i 40 > 74 a. S'han trobat diferències significatives en les següents dades: 1) Epidemiològiques: dependència lleu (< 65 a: 3% vs $65-74$ a: 8% vs > 74 a: 17,6%), moderada (0% vs 0% vs 9,7%), severa (0,6% vs 0% vs 3,9%), TBC prèvia (8,9% vs 24% vs 20%/p 65 a = 0,009 i p 75 a = ns); 2) De comorbiditat: events cardiovasculars (1,8% vs 16% vs 12,5%), neoplàsia (4,1% vs 24% vs 25%), MPOC (13% vs 40% vs 47,5%), tabaquisme (67,5% vs 64% vs 27,5%) i enolisme (> 60 g/dia) (32% vs 40% vs 12,5%/p 65 a = ns i p 75 a = 0,010); 3) Diagnòstic: necessitat d'ingrés (28,4% vs 60% vs 77,5%) i retard diagnòstic (6,6 dies [DS 15,6] vs 11,5 dies [DS 14,3] vs 16,1 dies [DS 16,2]); 4) Clínica: malestar general (9% vs 20% vs 20%/p 65 a = 0,029 i p 75 a = ns), dispnea (12,4% vs 36% vs 40%), sudoració (24,3% vs 16% vs 2,5%) i dolor tòracic (22,5% vs 4% vs 12,5%/p 65 a = 0,020 i p 75 a = ns); 5) Radiologia: presència d'infiltrats en lòbuls inferiors (9,5% vs 20% vs 27,5%), infiltrats a lòbuls superiors (radiologia típica) (79,9% vs 80% vs 40%) i cavitació (45% vs 40% vs 17,5%); 6) De laboratori: anèmia (20,6% vs 36% vs 34,2%/p 65 a = 0,025 i p 75 a = ns), augment d'Aspartataminotransferasa (AST) (9,9% vs 24% vs 23,7%/p 65 a = 0,006 i p 75 a = ns) i alteració de la velocitat de sedimentació globular (VSG) (75% vs 100% vs 83,3%/p 65 a = 0,013 i p 75 a = ns); 7) Microbiologia: positivitat a la tinció de Zielh-Neelsen (ZN) (83,4% vs 60% vs 45%); 8) Tractament: utilització de la Isoniacida (INH) (96,4% vs 100% vs 87,5%/p 65 a = ns i p 75 a = 0,024), Rifampicina (RFM) (96,4% vs 100% vs 85%/p 65 a = ns i p 75 a = 0,007),

Pirazinamida (PZD) (94,7% vs 88% vs 67,5%), ús de corticoides (3% vs 12% vs 17,5%) i 9) Supervivència: supervivència a l'any de seguiment (100% vs 88% vs 57,9%), mortalitat global (2,6% vs 28% vs 57,9%), mortalitat per TBC (0% vs 4% vs 20%).

Conclusions. 1) Els pacients amb TP > 65 a tenen més dependència, antecedent de TBC, més comorbiditat associada i menor incidència de tabaquisme. La simptomatologia pulmonar, exceptuant la dispnea, predomina en gent jove, i no hi ha diferències en la clínica sistèmica. La radiologia és menys típica i presenten més sovint anèmia i elevació de paràmetres inflamatoris. Tenen major retard diagnòstic que pot estar associat a una menor positivitat a la tinció ZN. Es tracten amb més corticoides i presenten menor supervivència a l'any i major mortalitat global i relacionada i 2) Els pacients amb TP > 75 a solen presentar les mateixes característiques que als 65 a, exceptuant un menor índex d'enolisme, i menor ús de antituberculosos clàssics (RFM, INH i PZD).

EA-2

IMPACTE DE L'INGRÉS A LA UNITAT DE CURES INTENSIVES (UCI) SOBRE L'ESTAT FUNCIONAL I QUALITAT DE VIDA DELS MALALTS GERIÀTRICS

E. Sacanella Meseguer¹, J. Nicolás Arfelis², F. Masanés Torán¹, A. Culla Ginesta², M. Navarro López¹, C. Olmedo Marroquín¹, A. Bové Boada¹ y A. López-Soto¹

¹Ufiss Geriatria. ²Àrea Vigilància Intensiva. Hospital Clínic. Barcelona.

Objectius. Analitzar l'autonomia funcional i qualitat de vida de pacients més grans de 65 anys després de ser ingressats no electivament a la UCI. Estudiar si la recuperació funcional d'aquests malalts està influenciada per l'edat.

Material i mètodes. Durant el període d'un any, es van incloure tots els malalts més grans de 65 anys que ingressaven a la UCI i que, a més, no vulneressin cap criteri d'exclusió. Es van considerar exclosos els malalts que ingressaven electivament, els que presentaven un índex de Barthel basal menor de 60, els que ingressaven després d'una aturada cardio-respiratòria i/o tenien una expectativa de vida inferior a 12 mesos. Els pacients inclosos a l'estudi es van avaluar en el moment de l'ingrés a la UCI, a l'alta d'aquesta unitat, prèviament a l'alta hospitalària i als 3 mesos posteriors a la mateixa. També es va fer un recull retrospectiu de la situació basal del malalt. Es va realitzar una avaluació geriàtrica integral incloent aspectes clínics, funcionals i neuropsicològics. Així mateix, s'avaluà la qualitat de vida (escales SF 36 i EuroQOL) a l'ingrés, a l'alta hospitalària i als tres mesos de l'alta. Per analitzar la gravetat de la malaltia aguda causant de l'ingrés a la UCI s'utilitzen les escales APACHE II, SAPS II i SOFA, i

per quantificar l'intensitat terapèutica, les escales OMEGA i TISS-28. Vàrem classificar els malalts en dos grups: 1) adults d'edat avançada (65-74 anys) i 2) ancians (més de 74 anys de edat). El resultat obtingut van ser analitzats mitjançant el paquet estadístic SPSS 10.0.

Resultats. Dels 73 pacients inclosos, 48 eren homes i 25 dones; 39 d'ells tenien menys de 74 anys (mitjana $70,1 \pm 3$ anys) i els 34 restants tenien més de 74 anys (mitjana $77,7 \pm 4$ anys). L'estada a la UCI va ser semblant en ambdós grups ($10,3 \pm 8,4$ vs $10,7 \pm 10,8$ dies). L'índex de Barthel previ era de $97,6 \pm 7$ i de $95 \pm 4,3$ punts pels menors i majors de 74 anys, respectivament. La gravetat de la malaltia, segons les escales APACHE II, SAPS II i SOFA, i la intensitat terapèutica durant l'estada a la UCI, segons les escales OMEGA i TISS-28, no va mostrar diferències significatives entre els dos grups de malalts. Durant l'ingrés s'observà una caiguda de l'índex de Barthel i de la qualitat de vida ($p < 0,01$, en ambdós grups), una mica més intensa en el grup d'edat més avançada ($p = n.s.$). En els 3 mesos posteriors a l'alta hospitalària, l'índex de Barthel i la qualitat de vida es va recuperar totalment en el grup de pacients menors de 74 anys i parcialment en el grup de pacients ancians. La prevalença de dos o més síndromes geriàtriques s'incrementa del 22% al 54% als 3 mesos de l'alta de la UCI respecte a la situació pre-mòrbida ($p < 0,01$).

Discussió. L'ingrés a la UCI produeix una caiguda significativa de l'autonomia funcional i qualitat de vida del malalt geriàtric, especialment en els pacients més grans de 74 anys. La recuperació, en aquest últim grup, es més lenta i no arriba a la situació pre-mòrbida als 3 mesos de l'alta. A més, la prevalença de síndromes geriàtriques es multiplica per dos després de l'ingrés a la UCI.

Conclusions. El malalt més gran de 74 anys que ingressa no electivament a la UCI pateix una davallada funcional marcada, que es va recuperant molt lentament. Seria aconsellable, doncs, una avaluació geriàtrica d'aquests malalts a la sortida de la UCI amb la finalitat d'optimitzar el seu tractament mèdic i fisioteràpic i d'aquesta forma millorar i accelerar la seva recuperació funcional.

EA-3

MORIR A L'HOSPITAL A CAUSA D'UNA MALALTIA TERMINAL NO ONCOLÒGICA: OPINIÓ DEL CUIDADOR

**M. Navarro, C. Olmedo, F. Formiga, V. Vivanco
A. Culla, J. Mascaró, A. López Soto y R. Pujol**
Servei de Medicina Interna. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona).

Objectius. La necessitat de millorar l'atenció dels pacients ancians afectats per malalties cròniques en fase terminal i que son exitus en els hospitals d'aguts és un objectiu de qualitat assistencial de primer ordre. Es va avaluar l'opinió del cuidador en referència a les circumstàncies de la mort en persones ancianes que van ser exitus en un hospital d'aguts per malalties cròniques no oncològiques.

Material i mètodes. Es van estudiar 102 pacients majors de 64 anys que van morir a causa d'una insuficiència cardíaca (64%) i demència (36%), en fase terminal. Es va copsar l'opinió del cuidador principal respecte a les circumstàncies de la mort. Es va cercar la existència d'ordres escrites sobre reanimació cardiopulmonar (RCP), graduació de les actuacions, informació donada a la família, retirada de la medicació habitual i inici de tractament farmacològic pal·liatiu. La informació va ser recollida a través de la història clínica i directament amb la família.

Resultats. Es van estudiar 102 pacients majors de 64 anys que van morir a causa d'una insuficiència cardíaca (64%) i demència (36%), en fase terminal. Es va copsar l'opinió del cuidador principal respecte a les circumstàncies de la mort. Es va cercar la existència d'ordres escrites sobre reanimació cardiopulmonar (RCP), graduació de les actuacions, informació donada a la família, retirada de la medicació habitual i inici de tractament farmacològic pal·liatiu. La informació va ser recollida a través de la història clínica i directament amb la família.

Discussió. Si bé els percentatges d'ordres de no realitzar maniobres de RCP, de graduació d'actuació i d'informació i a la família son majoritàriament correctes, queden aspectes com el control de la dispnea i el dolor que caldria millorar. De igual manera, el cuidador creu que s'han realitzat cures pal·liatives adequades en un elevat percentatge dels casos però s'hauria d'incidir més en el control dels símptomes.

Conclusions. L'actuació pal·liativa envers els pacients ancians ingressats en un hospital d'aguts és, globalment, correcte malgrat s'hagin de millorar aspectes com el nivell d'informació a la família i el control de símptomes.

Gestión

G-1

CONSULTA DIAGNÓSTICA DE MEDICINA INTERNA. EXPERIENCIA DE 5.644 PACIENTES VISITADOS EN EL PERÍODO 1998-2005 EN LA CORPORACIÓ PARC TAULÍ DE SABADELL

A. Casanovas Martínez¹, S. Herranz Martínez¹, C. Nogueras Rimblas¹, N. Costa Rosell¹, M. Navarro Sáez¹, D. Grau Marsal², A. Plans Parés² y J. Oristrell Salvá¹

¹Medicina Interna. ²Enfermería. Corporació Parc Taulí. Sabadell (Barcelona).

Objetivos. En 1994 se creó en la Corporació Parc Taulí de Sabadell la Consulta Diagnóstica de Medicina (CDM), ofreciendo un servicio de diagnóstico alternativo a la hospitalización. Objetivos: 1) Atender pacientes con problemas de salud complejos sin que tuvieran que ingresar; 2) Agilizar el proceso diagnóstico consiguiendo prioridad en las exploraciones complementarias; 3) Incrementar la comunicación con Asistencia Primaria; 4) Conformar un espacio de formación y docencia de los MEF de Medicina Interna y de Medicina Familiar y Comunitaria y 5) Promover consultas similares.

Material y métodos. Tres consultorios, una sala de exploraciones y extracciones analíticas. Horario de mañana y/o tarde, teléfono de contacto, 3 ordenadores con plantilla informatizada con acceso a Internet y al programa de información clínica del Centro (CIC). Especialistas de MI con diferente grado de dedicación, MEF de 4.º y 5.º año y MEF de MFyC de 2.º año, supervisados por un médico especialista. Enfermera y auxiliar de clínica en horario de mañana y tarde (8 h-17 h). Tiempo por 1.ª visita 45' y 20' para las sucesivas. Base de datos de Access desde febrero-98 revisada de forma retrospectiva. Se ha consultado la procedencia de los pacientes, los motivos de consulta, el n.º de primeras visitas y sucesivas, los procedimientos realizados, los diagnósticos finales y las derivaciones. Se evalúan las calificaciones dadas por los MEF y el n.º de reclamaciones efectuadas en Atención al Cliente así como cuestionarios telefónicos de satisfacción.

Resultados. Cinco mil seiscientos cuarenta y cuatro pacientes visitados, 2.885 (51,11%) derivados de Atención Primaria, 2.025 (35,87%) de UCIAS, 700 (12,46%) desde otra especialidad del mismo Hospital, y 34 (0,8%) varios. Entre febrero-98 y enero-05, 5.644 primeras visitas y 10.148 sucesivas, 910 realizaron una única visita, y 1.443 más de cuatro. Los motivos de consulta más frecuentes fueron: anemia 1.020 (18,07%), Síndrome tóxico 902 (15,98%), patología digestiva y hepática 451 (7,99%), alteraciones analíticas 432 (7,65%), fiebre 305 (5,40%), adenopatías 270 (4,78%), dolor 244 (4,32%), cardiopatía y patología de la piel 219 (3,88%), enfermedad sistémica 205 (3,63%), patología pulmonar 198 (3,50%), neurológica 153 (2,71%). El número de procedimientos realizados fue variable en función

de cada patología siendo la media 4 (0-23). De las 23.705 exploraciones complementarias (EC) efectuadas 8.182 (34,51%) se realizaron en la misma consulta. Las EC más frecuentes fueron: Analíticas 8.604 (36,29%), Rx. tórax 2.095 (8,83%), Eco abdominal 1.470 (6,20%), TAC 1.125 (4,74%), Fecatest 1092 (4,60%), otras Rx 801 (3,37%), FGS 762 (3,21%), FCS 669 (2,82%), y ECG 513 (2,16%). Grupos de diagnóstico final: patología digestiva 652 (11,55%), enfermedades hematológicas no neoplásicas 575 (10,18%), procesos neoproliferativos incluyendo hematológicos 528 (9,35%), enf. sistémicas 330 (5,84%), infecciosas 269 (4,78%), cardiopatía 264 (4,67%), patología reumatológica 230 (4,07%), neurológica 225 (3,98%), no se objetiva patología 193 (3,41%), endocrina 187 (3,31%). En el momento del estudio había 299 (5,29%) de pacientes activos. Se derivaron 3.416 (60,52%) a Primaria, 1.465 (25,95%) a consulta externa de otra especialidad, 185 (3,27%) perdidos, 228 (4,03%) ingresaron, 19 (0,33%) a UCIAS y 32 (0,56%) fueron éxitos. La valoración media de la rotación por los MEF (n = 36) 2,5/3. No hubo ninguna reclamación a la Unidad de Atención al usuario en este período. Todas las respuestas de las encuestas telefónicas estaban por encima del percentil 75 de satisfacción.

Conclusiones. 1) En CDM se ven pacientes de alta complejidad evitando ingresos; 2) El 34,51% de las EC se realizan en la misma consulta; 3) Las neoplasias son el tercer grupo diagnóstico detrás de la patología digestiva y alteraciones hematológicas; 4) Sólo hubo un 4% de ingresos; 5) El número de pacientes activos es elevado (5,29%); 6) El vínculo entre CDM y Atención Primaria es importante; 7) La conexión con servicios centrales y con otras especialidades es básica para su correcto funcionamiento; 8) La valoración por los MEF de la rotación por la CDM es buena y 9) La satisfacción del usuario es evidente.

G-2

LA VALORACIÓN DE LA EDAD COMO VARIABLE GUÍA EN LOS INGRESOS DE MEDICINA INTERNA

E. Güell i Farré, C. Morales Coca, B. Arias Fernández, A. Tapiz Reula, E. Dorca Badía, J. Aliqué, R. Pérez y J. Marcos Bruguera
Servei de Medicina Interna. Fundació Althaia. Manresa (Barcelona).

Objetivos. El objetivo es la valoración de la edad como variable guía en los ingresos de MI.

Material y métodos. Estudio prospectivo de los ingresos en MI de nuestro centro. Corte transversal durante 30 días (21/11 al 20/12/03), con cálculos de las medias \pm 1 desviación estándar para variables cuantitativas y prueba χ^2 para comparación entre grupos. Criterios de exclusión: pacientes ingresados en Unidad de Corta Estancia e ingresos progra-

dados. Recogida de datos: variables demográficas, fecha de ingreso y alta, índice de comorbilidad de Charlson, índice Barthel previo al ingreso y alta, índice de Pfeiffer (estudio cognitivo), Norton (riesgo de úlceras).

Resultados. Datos de 478 pacientes, 330 en MI (65,9%). s: 278 hombres (55,5%). Edad 1/2: 69,6 ± 16,72 (IC 95%), 152 (30,3%), 349 (69,76%) pacientes > 65 a. Distribución por edad: < 60 a 24,6%, 61-80 a 47,9%, > 81 a 27,6%. Relación estancia media y edad: En los tres grupos (< 65 a, 65-80 a y > 80 a), la estancia media más frecuente fue la menor de 8 días, pero en el grupo de ptes entre 65-80 a, fue más frecuente, que en los otros, la estancia media entre 9-15 días y > 15 d con diferencia estadística (57 pacientes, 11,4% del total).

Conclusiones. 1) Edad media: 69,6 ± 16,72; 2) Edades más prevalentes de ingreso: 61-80 a, con 47,9%; 3) Edad media de las patologías crónicas > 70 a (tabla 1); 4) Grupo de edad entre 65-80 a, el de mayor n.º de estancias > 15 días; 5) Pacientes entre 65-80 a con Charlson de 3,18 (comorbilidad moderada), > 80 a Charlson de 3,22 y 6) Pfeiffer en pacientes > 80 a superior a otros grupos de edades con significación estadística (p < 0,001).

Relación patología médica, estancia media y edad

	Estancia media	Edad media
PRC	8,85	74,2
AVC	9,68	72,9
ICC	8	79,8
Demencia	9,4	83,1

G-3

UNIDAD DE DIAGNÓSTICO RÁPIDO Y CÁNCER. EXPERIENCIA DE OCHO AÑOS
S. Capell Font, T. Piella Oliveda y S. Montull Morer
 Medicina Interna. Hospital de Granollers.
 Granollers (Barcelona).

Objetivos. Analizar la utilidad de una unidad de diagnóstico rápido (UDR) hospitalaria en el diagnóstico de pacientes con cáncer.

Material y métodos. Durante el período 1997-2004, se analizaron de forma prospectiva 732 pacientes diagnosticados de cáncer en la unidad de diagnóstico rápido del Hospital General de Granollers. Para cada paciente se valoraron: datos demográficos, motivo de consulta, procedencia, intervalo para la primera visita, intervalo diagnóstico e intervalo terapéutico, indicación de ingreso hospitalario, diagnóstico etiológico y estadio tumoral, según clasificación TNM.

Resultados. Del total de 5.186 pacientes valorados en la unidad de diagnóstico en este período, 732 (14%) se diagnosticaron de cáncer. Las neoplasias de pulmón, las digestivas y los linfomas fueron las diagnosticadas con mayor fre-

cuencia. Los principales motivos de consulta fueron los cuadros constitucionales, el crecimiento de adenopatías periféricas, las tumoraciones palpables, el dolor abdominal, la rectorragia, la hemoptisis, la anemia ferropénica y la alteración de la radiología de tórax. Un 83% de pacientes no presentaban síntomas o signos claros del origen de la neoplasia en la consulta inicial. Los pacientes procedían, en su mayor parte, de asistencia primaria (46%) i de urgencias (44%). En 79% de pacientes se obtuvo un diagnóstico anatomopatológico. La punción aspirativa con aguja fina (PAAF), se mostró como una técnica útil en el estudio de las limfadenopatías periféricas con una sensibilidad de 91,5% en la sospecha de procesos linfoproliferativos. El intervalo medio para la primera visita fue de 4 días, el intervalo diagnóstico de 6,9 días y el intervalo terapéutico de 4,8 días. En 90% de pacientes se realizó el estudio sin necesidad de ingreso. La mayoría de pacientes (84%) se diagnosticaron en estadios avanzados pT3-T4, con diseminación locoregional o a distancia y sólo un 16% se hallaban en estadios *in situ*, pT1-T2 pN0 M0.

Discusión. Los pacientes con sospecha de neoplasia deben ser valorados sin demora para intentar obtener un diagnóstico de certeza en el menor tiempo posible. Un retraso en el diagnóstico puede comportar cambios en el pronóstico y tratamiento y suele acompañarse de un elevado grado de ansiedad en el paciente y familiares. El estudio diagnóstico de estos pacientes requiere una confirmación histológica y la realización de exploraciones complementarias de ámbito hospitalario, por lo que hasta ahora era necesario el ingreso hospitalario. Las UDR permiten el diagnóstico de estos pacientes con la misma eficacia y mayor eficiencia que con el paciente ingresado, manteniendo el mismo entorno socio-familiar y con un menor consumo de recursos hospitalarios. Los principales motivos de consulta de estos pacientes se agruparon en cuadros constitucionales, tumoraciones palpables, adenomegalias, anemia, dolor abdominal, rectorragia, hemoptisis y alteraciones en la radiografía de tórax, representando más del 80% de los motivos de consulta, lo cual permite identificar un perfil de paciente tributario de ser valorado de forma activa en estas unidades para descartar una enfermedad neoplásica. La visión global del médico internista es necesaria en la valoración de los pacientes en estas unidades, dado que, la mayoría, no presentan manifestaciones claras del origen de la neoplasia en la consulta inicial. Llama la atención el avanzado estadio tumoral de la mayoría de los pacientes en el momento del diagnóstico, lo que sugiere que el estudio diagnóstico en estas unidades suele ser más rápido, pero no precoz, lo que no condiciona, necesariamente, un mejor pronóstico.

Conclusiones. Las unidades de diagnóstico rápido (UDR) permiten agilizar el diagnóstico de pacientes con cáncer, contribuyendo a una utilización adecuada de la hospitalización. Estas unidades permiten la obtención de un diagnóstico rápido pero no precoz, lo que no condiciona, necesariamente, un mejor pronóstico en estos pacientes. Las UDR deben ser manejadas por médicos internistas dado que, en un alto porcentaje de casos, no existen síntomas o signos que indiquen el origen de la neoplasia en la consulta inicial.

Insuficiència cardíaca

IC-1

PREVALENCIA I ASPECTES DIAGNÒSTICS-TERAPÈUTICS DE LA INSUFICIÈNCIA CARDÍACA EN UN CENTRE RESIDENCIAL-SOCIOSANITARI T. Vila Subirana

Fundació Hospital de Puigcerdà. Girona.

Objectius. La insuficiència cardíaca (IC) es altament prevalent en persones d'edat avançada, essent la causa és freqüent d'ingressos hospitalaris en persones d'edat > 65 a., condicionant tanmateix una elevada proporció e reingressos, i constitueix un problema sociosanitari important, ocasionat per la limitació funcional rogressiva, complexitat terapèutica, i freqüents complicacions, que requereix un abordatge multidisciplinar, oordinat i continuat, i que tingui en compte les necessitats globals del pacient. Objectius: 1) Conèixer la revalença de IC en el nostre centre; 2) Registrar els Factors de risc cardiovascular en la mostra analitzada; 3) onèixer la etiologia de la IC en la mostra analitzada i 4) Analitzar el tipus de tractament instaurat.

Material i mètodes. Anàlisi dels diagnòstics principals d'ingrés i diagnòstics secundaris dels pacients ingressats a Mitja estada polivalent (MEP) de la Unitat sòciosanitària (175 pacients), durant 1 any (gener-decembre -2003), complementat amb un estudi de prevalença transversal descriptiu realitzat en un tall (25/4/04) sobre el total de 105 pacients ingressats a la Residència de Puigcerdà-Centre sòciosanitari (Llarga durada: 32; Mitja estada polivalent: 27; Residència privada: 38; Residència pública: 18) i dels 20 pacients atesos a Hospital de dia. Registre dels paràmetres: edat i sexe, factors de risc CV, clínics (grau funcional), estudi Ecocardiogràfic, ACXFA. Anàlisi del tipus de tractament instaurat.

Resultats. La IC va representar el 2.º motiu principal d'ingrés a la Unitat de mitja estada polivalent del centre sociosanitari durant l'any 2003, després del grup de Fractures. Però si es desglossa la fractura de maluc -grup més homogeni de fractures. Del total de les fractures, la IC esdevé la primera causa d'ingrés a MEP, seguida de la MPOC. La prevalença global d'IC del total dels 175 pacients ingressats a MEP -any 2003-, va ser del 37,71%. En l'estudi transversal de prevalença (25/4/04), la prevalença d'IC en els pacients ingressats (105) a la residència-Centre sòciosanitari, va ser del 34,28%. Dones: 27 (75%); homes: 9 (25%). Edat mitjana global: 84 a. Entre els pacients atesos a Hospital de dia (20) la prevalença d'IC va ser del 50%. Dones 6 (60%), homes 4 (40%). Edat mitjana: 78 a. Predomini de classes funcionals II-III. La prevalença de factors de risc CV va ser: HTA: 28 (60,86%), Diabetes: 13 (28,26%), Hiperlipèmia: 13 (28,26%), obesitat: 11 (23,9%), Tabaquisme antic: 6 (46% dels homes), IAM antic: 9 (19,56%). Tenien estudi ecocardiogràfic practicat 27 pacients (58,69%). La etiologia de la IC va ser: Isquèmica: 10 (21,73%), Valvular: 10 (21,73%), Hipertensiva: 7 (15,21%),

Miocardiopatia dilatada: 1 (2,17%), No filiada: 18 (39%). Dins del grup de la IC d'etiologia no filiada, la prevalença d'HTA era del 52%. La HTA també va ser factor cocausal en el 44,5% de IC d'etiologia isquèmica, I en el 60% d'etiologia valvular. 21 pacients (45,65%) tenien AcxFA. El 74% dels pacients rebien tractament amb IECAS/ARA II, el 84,78% amb diürètic, el 43,47% amb Digoxina, el 28,26% amb nitrats, el 19,5% amb antagonistes del calci, i el 4,34% amb beta-blocadors. Reben profilaxi de malaltia tromboembòlica el 73,91% dels pacients. En el grup de pacients. Amb ACXFA seguien decoagulació amb Acenocumarol 12 pacients. (57,14%), antiagregants plaquetars 5 pacients (23,80%), i HBPM 1 pacient.

Conclusions. 1) La IC va ser el segon motiu principal d'ingrés a MEP, després del total de fractures, i el primer motiu principal d'ingrés si es separa la fractura de maluc; 2) El nostre àmbit residencial-sociosanitari, la prevalença de pacients amb IC es situa entorn al 37%; 3) La HTA es el factor de risc CV més prevalent (61%); 4) En els homes la etiologia més predominant és la cardiopatia isquèmica. En les dones, la no filiada, destacant l'elevada prevalença d' HTA en aquest grup, que podria ser factor causal/ cocausal; 5) No es disposa d'estudi ecocardiogràfic sense poder-se establir el tipus de disfunció ventricular o la etiologia, en el 41,30% dels pacients i 6) La majoria dels pacients segueixen tractament empíric orientat per dades clíniques, i ajustat a les GPC, amb diürètics, IECAS/ARA II, i en molts casos digoxina i vasodilatadors. Subutilització de betablocadors per comorbiditat, edat avançada, manca d'estudi ecocardiogràfic.

IC-2

FACTORS DE RISC DE MORTALITAT ALS 30 DIES I A L'ANY EN PACIENTS ANCIANS AMB INSUFICIÈNCIA CARDÍACA. IMPORTÀNCIA DE L'ESTAT FUNCIONAL I DE LA PRESENCIA DE SÍNDROMES GERIÀTRIQUES

M. Cabre Roure¹, R. Boixeda Viu¹, A. Taché², A. Besa Beringues², A. Tanasa², E. Palomera Fanegas³, M. Serra-Prat³ y J. Capdevila Morell¹

¹Medicina Interna-Uga. Hospital de Mataró. Mataró (Barcelona). ²Abs Cirera-Molins. ³Unitat de Recerca. Consorci Sanitari del Maresme. Mataró (Barcelona).

Objectius. Identificar aquells factors relacionats amb la mortalitat als 30 dies i a l'any en pacients amb insuficiència cardíaca hospitalitzats en una Unitat geriàtrica d'aguts d'un Servei de Medicina.

Material i mètodes. Estudi observacional prospectiu de seguiment d'una cohort de pacients > 70 anys amb insuficiència cardíaca hospitalitzats, entre gener de 2001 i gener de 2004. Factors d'estudi: edat, sexe, síndromes geriàtriques (incontinència urinària, incontinència fecal, desnutrició,

nafrés por pressió, immobilitat, caigudes, síndrome confusional aguda, síndrome depressiva i síndrome del decliu), índex de comorbiditat de Charlson, HTA, índex de Barthel (IB) preingrés, ingrés i alta, creatinina, albúmina, colesterol total, limfòcits i índex de massa corporal (IMC).

Resultats. Es reclutaren 217 pacients. El 70,5% dones. Edat mitjana de 86,11 anys (DE 6,8). IB preingrés, ingrés i alta 74,67, 49,5 i 66,06 respectivament. Mortalitat als 30 dies 11,5% i a l'any 39,2%. En l'anàlisi bivariada els factors relacionats a la mortalitat als 30 dies, són l'edat, el Charlson, l'IMC, la incontinència fecal, les úlceres per decúbit, el síndrome de decliu, el Barthel al preingrés, ingrés i alta, l'albúmina i la TAS. L'anàlisi multivariada ajustant per edat, s'observà que en IB > 60 i entre 40 i 60 a l'ingrés, és un factor protector de mortalitat als 30 dies, respecte a un IB ≤ 40 (OR = 0,35, IC 95%: 0,12-1,04; OR = 0,23, IC 95%: 0,06-0,85; respectivament), en canvi el Charlson va ser un factor de risc (OR = 1,34, IC 95%: 1,01-1,78). En l'anàlisi bivariada, pel que fa a la mortalitat a l'any, els factors relacionats van ser l'edat, el Charlson, la incontinència urinària, la fecal, el síndrome d'immobilitat, les úlceres per decúbit, la demència, el deliri, la desnutrició, el Barthel preingrés, ingrés i alta, l'albúmina, la creatinina, la TAS i la freqüència respiratòria. En l'anàlisi multivariada ajustant per edat s'observà un efecte protector de l'IB > 60 i entre 40 i 60, respecte a un IB ≤ 40 (OR = 0,43, IC 95%: 0,17-1,01; OR = 0,15, IC 95%: 0,07-0,33; respectivament), i com a factor de risc, el Charlson (OR = 1,39, IC 95%: 1,11-1,74).

Conclusions. L'estat funcional fou un predictor independent de mortalitat als 30 dies i a l'any en pacients hospitalitzats per insuficiència cardíaca.

IC-3

DETERMINACIÓN DE NT-PROBNP EN PACIENTES CON IC ASOCIADA A ANEMIA E INSUFICIENCIA RENAL (SÍNDROME DE ANEMIA CARDIORRENAL)

N. Muñoz Rivas, M. Méndez Bailón, P. Ryan Murúa y P. Conthe

Medicina Interna. Gregorio Marañón. Madrid.

Objetivos. El N-terminal pro-péptido natriurético tipo B (NT-proBNP) es un marcador pronóstico y diagnóstico en la insuficiencia cardíaca (IC) por disfunción ventricular izquierda (DVI). Sin embargo, pocos estudios existen del NT-proBNP como marcador diagnóstico de la IC asociada a anemia y fallo renal (síndrome de anemia cardiorenal). El objetivo principal de nuestro estudio fue conocer si existen diferencias en los valores de NT-proBNP entre los pacientes con IC y síndrome de anemia cardiorenal de aquellos pacientes que presentan solo IC.

Material y métodos. Se incluyeron en el estudio 51 pacientes con IC descompensada (excluyéndose pacientes con síndrome coronario agudo y pacientes con creatinina > 3 mg/dl). Se consideró que los pacientes tenían anemia y/o insuficiencia renal si presentaban niveles de hemoglobina < 12,6 g/l y de creatinina > 1,2 mg/dl, respectivamente. Se estableció el diagnóstico de síndrome de anemia cardiorenal si se establecía el diagnóstico de anemia, IC e insuficiencia renal al mismo tiempo.

Resultados. La edad media fue de 77,56 ± 8,71 años con un 65% de mujeres. El 40% de los pacientes se encontraban en clase III-IV de la NYHA. La anemia estuvo presente en 19 de 51 pacientes con IC (37%) y la insuficiencia renal (Cr > 1,2 mg/dl) en 13 de 51 pacientes con IC lo que representa el

25%. De los pacientes con IC 10 de 51 (20%) presentaron criterios diagnósticos para el síndrome de anemia cardiorenal. Se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas entre las medias del log NT-proBNP de los pacientes con y sin síndrome de anemia cardiorenal (3,81 ± 0,50 versus 3,18 ± 0,68, p = 0,001). Los valores de NT-proBNP mantuvieron correlación significativa con los valores de creatinina (r = 0,385; p = 0,001) pero no con los niveles de hemoglobina.

Discusión. En nuestro estudio se demuestra que los valores de NT-proBNP se encuentran más aumentados en pacientes con IC asociada a anemia e insuficiencia renal (síndrome de anemia cardiorenal), que en aquellos pacientes que únicamente presentan IC u otra causa de disnea. Existen evidencias que el NT-proBNP aumenta en situaciones de insuficiencia renal moderada severa. Sin embargo, en nuestro estudio llama la atención que nuestros pacientes mantuvieron niveles medios de creatinina en torno a la normalidad y que excluimos a pacientes con creatinina > 3 mg/ml. En este estudio los valores de NT-proBNP se han asociado al diagnóstico de síndrome de anemia cardiorenal. Este hallazgo, se ha producido en una muestra de pacientes con niveles de hemoglobina y creatinina cerca de los rangos de referencia de la población normal. El NT-proBNP ha demostrado ser un predictor potente de este síndrome en etapas precoces o subclínicas, antes de la aparición del síndrome anémico o la uremia en la insuficiencia renal. Sin embargo, a la hora de establecer el diagnóstico de síndrome anemia cardiorenal, los niveles de NT-proBNP se han visto más asociados a los valores de creatinina que a los de hemoglobina. La anemia que es un criterio clínico en el diagnóstico del síndrome, no parece influir en este biomarcador tanto como el grado de disfunción. Como es sabido, la asociación de anemia y/o de insuficiencia renal en la IC empeora el pronóstico de la enfermedad, al limitar el diagnóstico y terapéutica de estos enfermos. El síndrome de anemia cardiorenal es cada vez más frecuente en los pacientes mayores de 70 años, con IC y en tratamiento con IECAS. Constituye un factor por sí solo de morbimortalidad cardiovascular y de reingreso por IC. La utilización de un parámetro no invasivo y rápido, como la determinación de NT-proBNP, en estos pacientes permitiría un diagnóstico más precoz de este síndrome y una terapéutica más eficaz.

IC-4

PROGRAMA EDUCATIVO DOMICILIARIO EN INSUFICIENCIA CARDÍACA.

RESULTADOS A DOS AÑOS

O. Aguado Lorenzo, C. Morcillo, J. Palomar, E. Fàbregas, R. de Castro, D. Sort y F. Rosell

Medicina Interna. Sagrat Cor. Barcelona.

Objetivos. Evaluar los beneficios en cuanto a reingresos, visitas a urgencias, mortalidad, costes y calidad de vida, de una única intervención educativa domiciliaria en pacientes ingresados por insuficiencia cardíaca sistólica.

Material y métodos. Desde julio de 2001 hasta noviembre de 2002 se recogieron setenta pacientes ingresados por insuficiencia cardíaca sistólica en los servicios de cardiología y medicina interna que cumplían los criterios prefijados. Fueron distribuidos en dos grupos aleatorios; uno recibió intervención educativa en su domicilio y el otro (grupo control) fue atendido de forma convencional según las normas reconocidas. La intervención, que fue llevada a cabo por personal de enfermería entrenado, consistió en una única visita al domicilio del paciente de una a dos horas de duración. Se centró en tres aspectos clave en la descompensación de la

insuficiencia cardíaca: cumplimiento terapéutico, dieta y detección precoz de la descompensación.

Resultados. A los seis meses de seguimiento el grupo que recibió la intervención educativa comparado con el grupo control tuvo menos ingresos hospitalarios 18% frente a 88% ($p = 0,0001$), menos visitas a urgencias 15% frente a 106% ($p = 0,0001$), menor mortalidad 8% frente a 33% ($p = 0,004$), con menor coste de media 185,15 euros frente a 1.358 euros ($p = 0,0001$). La puntuación de los cuestionarios de calidad de vida fueron mejores en el grupo de la inter-

vención. A los 24 meses se mantienen las diferencias en cuanto a número de ingresos 52% frente a 152% ($p = 0,005$) y visitas a urgencias 50% frente a 178% ($p = 0,005$) y se reducen en cuanto a mortalidad 50% frente a 67% ($p = 0,005$).

Conclusiones. Los pacientes con insuficiencia cardíaca sistólica que han recibido una intervención educativa domiciliaria después del alta tienen, de forma significativa, menor tasa de reingresos, mortalidad y coste y mejor calidad de vida que los que no la reciben a corto y largo plazo.

Inflamación

IF-1

TRATAMIENTO CON BOSENTÁN DE LAS ÚLCERAS DIGITALES ISQUÉMICAS EN LA ESCLERODERMIA. RESULTADOS PRELIMINARES

C. Simeón Aznar, V. Fonollosa Plá, R. Solans Laqué, A. Selva O'Callaghan, M. Villar Casares, J. Lima Ruiz, C. Pérez Bocanegra y M. Vilardell Tarrés

Servei de Medicina Interna. Hospital Vall d'Hebron. Barcelona.

Objetivos. Las úlceras digitales de origen isquémico son una manifestación frecuente en los enfermos con esclerodermia y su presencia se ha relacionado con determinadas acciones de la endotelina. El objetivo del estudio es valorar los efectos de bosentán, un antagonista no selectivo de los receptores de la endotelina, como tratamiento de las úlceras digitales en la esclerodermia.

Material y métodos. Desde noviembre del 2002 hasta enero del 2005, 13 enfermos (12 mujeres y 1 hombre) con esclerodermia y úlceras digitales han recibido tratamiento con bosentán como uso compasivo y después de firmar el consentimiento informado. Siete enfermos tienen una esclerodermia difusa y 6 esclerodermia limitada. Todos los enfermos seguían tratamiento vasodilatador con antagonistas de los canales del calcio, inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina o de los receptores de la angiotensina e inhibidores de la recaptación de serotonina, así como antiagregantes plaquetarios (ácido acetil salicílico o clopidogrel). Tres enfermas habían recibido análogos de la prostaglandina entre 2 y 4 meses antes de iniciar el tratamiento con bosentán. El tratamiento con bosentán se inició a dosis de 62,5 mg/12 horas y tras 4 semanas de tratamiento se aumentó la dosis a 125 mg/ 12 horas. Se realizaron determinaciones analíticas (hemograma y pruebas hepáticas) mensualmente. Los parámetros valorados son: la aparición de nuevas úlceras, la evolución de las úlceras preexistentes y del fenómeno de Raynaud.

Resultados. La mediana de duración del tratamiento es de 18 meses (rango 3 meses-26 meses). Todos los enfermos presentaron una disminución en el número de las crisis de fenómeno de Raynaud, así como de la intensidad del mismo. La evolución de las úlceras preexistentes fue favorable en todos los enfermos menos en una paciente. Cuatro enfermas presentaron curación total de sus úlceras y en ocho se observó franca mejoría con notable disminución del diámetro de la úlcera así como desaparición del dolor. Nueve enfermos no han presentado nuevas úlceras desde que se ha iniciado el tratamiento. En cuatro pacientes reaparecieron úlceras digitales; en 2 la evolución de las úlceras fue favorable en un corto espacio de tiempo y en 2 que precisaron la adición cíclica de análogos prostaglandínicos endovenosos presenta-

ron una discreta y lenta mejoría. El bosentán fue bien tolerado y sólo en un caso se constató discreta elevación de las transaminasas, normalizándose después de disminuir la dosis del fármaco.

Discusión. Las úlceras digitales son una complicación frecuente en los pacientes con esclerodermia (30%-50%). El mecanismo patogénico es multifactorial. Cursan con intenso dolor y afectan al funcionalismo de la mano y a la actividad diaria del enfermo. Según los resultados de este estudio, bosentán mejora la sintomatología de los pacientes y, parcialmente, la evolución de las úlceras. Lo que parece, sin embargo, más destacable del tratamiento con bosentán es que puede prevenir la aparición de nuevas úlceras en los enfermos con esclerodermia. La utilización de bosentán en el tratamiento de la hipertensión arterial pulmonar asociada a esclerodermia y en la prevención de las úlceras digitales mejora el pronóstico de estos enfermos.

Conclusiones. Bosentán es eficaz en la prevención de las úlceras digitales que presentan los enfermos con esclerodermia y es recomendable, además como tratamiento de las úlceras en aquellos casos que no responden a las terapias previas.

IF-2

VALOR DE L'ESTUDI ELECTROFISIOLÒGIC AL DIAGNÒSTIC DE VASCULITIS DEL SISTEMA NERVIÓS PERIFÈRIC

J. Ramos¹, E. Sanjurjo¹, J. Valls², M. Cano³ y J. Grau¹

¹Medicina Interna, ²Neurología, ³Anatomía Patológica. Hospital Clínic de Barcelona. Barcelona.

Objectius. El diagnòstic de les vasculitis del Sistema Nerviós Perifèric (SNP) s'estableix amb criteris histològics, aconsellant-se previament la realització d'un estudi electrofisiològic. Aquest treball pretén avaluar el valor predictiu d'un estudi electrofisiològic (EMG) en el diagnòstic de vasculitis del SNP.

Material i mètodes. S'han avaluat els pacients als quals se'ls ha realitzat un EMG i una biòpsia de nervi sural i múscul gastrocnemi per sospita clínica de vasculitis, des de gener de 2000 fins març de 2005 a l'Hospital Clínic de Barcelona (HCB).

Resultats. Durant el període analitzat es van estudiar 84 pacients amb sospita clínica de vasculitis. Totes les biòpsies van ser realitzades i estudiades pel Grup de Recerca Muscular del HCB, mentre que 62 pacients van ser avaluats amb EMG pel Laboratori d'Electrofisiologia de l'HCB, i els 22 pacients restants procedien d'altres centres. 29 pacients van ser finalment diagnosticats de Vasculitis, per biòpsia de nervi i/o múscul; 55 pacients presentaven biòpsies negatives per vasculitis, encara que 3 d'ells van ser classificats com No con-

cluent. Respecte l'estudi electrofisiològic: normal a 1 pacient; Mononeuropatia a 3 pacients; Mononeuritis Múltiple a 32 pacients; Polineuropatia a 43 pacients; No concluent a 1 pacient; no es va realitzar a 4 pacients. Avaluant els pacients amb vasculitis, la proporció de pacients amb Mononeuritis Múltiple i Polineuropatia era similar. No obstant, avaluant el resultat de l'estudi electrofisiològic, el 34,4% dels pacients amb Mononeuritis Múltiple presentava biòpsia de nervi positiva per vasculitis (40,6% si s'avalua amb biòpsia muscular); en canvi, el 27,9% dels casos amb Polineuropatia varen ser diagnosticats de vasculitis a nervi (30,2% amb la realització de la biòpsia de múscul).

Discussió. A la nostra sèrie, tant la troballa de Mononeuritis Múltiple com la de Polineuropatia s'ha associat a vasculitis del SNP amb percentatge igual. No s'han trobat diferències en analitzar per separat els estudis EMG practicats a l'HCB i els practicats a altres centres. Quan s'analitzen els resultats de l'estudi EMG es comprova que, entre els pacients amb Mononeuritis Múltiple el resultat d'una biòpsia de nervi positiva és superior respecte els pacients amb Polineuropatia (inclòs avaluant el resultat conjuntament amb la biòpsia de múscul).

Conclusions. El diagnòstic de vasculitis del Sistema Nerviós Perifèric requereix d'un estudi anatomopatològic, guiat per un estudi electrofisiològic previ. En un contexte clínic adequat, tant la demostració de Mononeuritis Múltiple com de Polineuropatia son suggestius del diagnòstic de vasculitis.

IF-3

SÍNDROME ANTISINTETASA: EXPERIÈNCIA EN ELS ÚLTIMS 25 ANYS

E. Sanjurjo Golpe¹, A. Selva², J. Ramos Lázaro¹, G. Delgado Moreno¹, C. Tolosa³, M. Labrador² y J. Grau Junyent¹

¹Grup de Recerca Muscular-Servei de Medicina Interna. Hospital Clínic. Barcelona. ²Servei de Medicina Interna. Hospital Vall d'Hebrón. Barcelona. ³Servei de Medicina Interna. Hospital Parc Taulí. Sabadell (Barcelona).

Objectius. Malgrat la falta d'uns criteris diagnòstics, la síndrome antisintetasa (SAS) es defineix per l'associació d'una miopatia inflamatòria idiopàtica (MII) amb una neumopatia intersticial, juntament amb l'existència d'un anticòs antisintetasa, sent el més freqüent l'anti-Jo1. El tractament es basa en l'administració d'immunodepressors, i el seu pronòstic s'ha speeditat a la progressió de la malaltia pulmonar. **Objectius:** descriure les característiques clíniques, immunològiques i evolutives d'una cohort de malalts afectes de SAS.

Material i mètodes. S'han revisat les històries clíniques dels malalts diagnosticats de SAS a l'Hospital Clínic i a l'Hospital de la Vall d'Hebrón, ambdós de Barcelona. De cada malalt s'han recollit les dades epidemiològiques, les manifestacions clíniques, els resultats de l'estudi immunològic, el tractament rebut i la seva resposta, i l'evolució durant el temps de seguiment.

Resultats. Des de l'any 1979 s'han diagnosticat 53 malalts, dels que 36 eren dones. L'edat mitja fou de 52 anys (extrem 15-82). El temps mitjà entre l'aparició dels símptomes i el diagnòstic va ser de 25 setmanes. Les manifestacions clíniques van ser: símptomes respiratoris 92%, debilitat muscular 89%, afectació cutània 68%, artritis i/o artràlgies 62%, miàlgies 62%, mans de mecànic 36%, fenomen de Raynaud 28%, i síndrome seca 21%. Es va diagnosticar una MII en el 94% dels casos (32 dermatomiositis i 17 polimiositis), i una

fibrosi pulmonar en el 94%. De l'estudi immunològic destaquen 35 malalts amb anticossos anti-Jo1 positius i 17 malalts amb presència d'altres anticossos no-antisintetasa. El curs de la malaltia va ser monocíclic només en 8 malalts, i policíclic o crònic en la resta. Tots els pacients van rebre corticoides, però 42 (79%) van requerir un o més immunodepressors diferents als corticoides per recidiva o absència d'una resposta satisfactòria. El temps mitjà de seguiment va ser de 7 anys (extrem 1-24). Es van registrar 15 morts, de les que 5 van ser per neoplàsia, 3 per progressió de la malaltia i 2 per infeccions. El temps mitjà des del diagnòstic fins a la mort del malalt va ser de 2,5 anys (extrem 4 setmanes-10 anys).

Discussió. La SAS es dona predominantment en dones de 50 anys d'edat. Associa pràcticament sempre una MII i una malaltia intersticial pulmonar, i en el moment del diagnòstic existeixen altres signes de malaltia sistèmica i fenòmens d'autoimmunitat. Només el 15% dels malalts van presentar un únic brot, i fins el 80% van requerir al menys dos fàrmacs de forma continuada per controlar la malaltia. Destaquen l'aparició de 5 neoplàsies mortals durant l'evolució i la baixa mortalitat atribuïda a la progressió de la participació respiratòria.

Conclusions. La SAS s'ha de sospitar en presència de símptomes respiratoris i musculars, i requereix d'un tractament agressiu i prolongat des del moment del diagnòstic. S'ha de considerar la possibilitat que sigui una síndrome para-neoplàstica.

IF-4

VALORACIÓN DE LAS EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS HECHAS EN LA SARCOIDOSIS Y SU APORTACIÓN A LA PRÁCTICA CLÍNICA

M. Femenías¹, M. Fullana¹, E. Esteban², N. Ribas¹, M. del Río¹ y J. Forteza-Rey¹

¹Medicina Interna. ²Unidad Autoinmunes. Hospital Son Dureta. Palma de Mallorca (Balears).

Objetivos. La sarcoidosis es una enfermedad sistémica granulomatosa poco frecuente y de etiología desconocida, cuya presentación clínica variable y similitud con otras patologías dificulta el diagnóstico sólo por clínica. El diagnóstico de sospecha se establece con la clínica y estudio radiológico, pero se requiere demostrar la existencia de granulomas epiteloideos no caseificantes para el diagnóstico de seguridad. Ante la ausencia de guías de práctica clínica de esta entidad, queremos valorar qué actuaciones diagnósticas y terapéuticas se realizaban en los pacientes con sospecha de sarcoidosis en nuestro hospital.

Material y métodos. Revisión retrospectiva de las historias clínicas obtenidas mediante documentación clínica con diagnóstico en el informe de alta de *sarcoidosis (CIE 135) en el período comprendido entre enero de 1990 y diciembre de 2004.

Resultados. Se recuperaron un total de 41 pacientes de los que pudimos analizar la historia clínica en 35, y tras completar el diagnóstico y/o seguimiento en consultas externas se incluyeron 30 casos (11 varones/19 mujeres). El diagnóstico se había realizado en los servicios de Medicina Interna (18), Neumología (8), Neurología (2), Digestivo (1) y ORL (1). La edad media es de 47,6 años (rango 22-72). 24 pacientes tenían afectación torácica (mediastínica y/o pulmonar) y sólo 6 eran sarcoidosis extrapulmonares. En todos los pacientes

(n = 30) se solicitaron analíticas y radiografía de tórax, gasometría en 21 casos, pruebas de función respiratoria (PFR) con DLCO en 23 casos, TAC torácico también en 23. La gammagrafía con Galio se solicitó en 19 casos, de éstos, 13 tenían TAC torácico, coincidiendo los resultados en sólo 7 de ellos (6 patológicas y 1 normal al tratarse de una sarcoidosis extrapulmonar). De los 6 restantes que no coinciden en 3 el TAC era normal, y en los otros 3 por discordancia anatómica. Se solicitó fondo de ojo en 17 todos normales. Se realizó biopsia en 26 pacientes (en 23 fue diagnóstica, 1 fue normal y 2 de escasa muestra). Se pautó tratamiento corticoide sistémico en 25 casos de los cuales 20 tenían anatomía patológica (+), 3 se trataron sin biopsia y 2 fueron no concluyentes.

Discusión. Con los resultados obtenidos, parece lógico indicar un estudio básico ante la sospecha de sarcoidosis de cualquier localización, que debería incluir la analítica, radiografía de tórax y la PFR con DLCO, realizando el TAC torácico sólo en caso de alteración de una de ellas, para valorar la afectación pulmonar, e intentar siempre conseguir muestra anatómico-patológica para confirmar el diagnóstico. Creemos que la gammagrafía con galio no evita la realización del TAC, y que estaría indicada una vez hecho el diagnóstico para tener una idea de la extensión de la enfermedad. El resto de exploraciones complementarias como el fondo de ojo no parecen indicadas en ausencia de síntomas específicos.

Conclusiones. Al tratarse de una entidad con una clínica tan diversa e inespecífica y al haber observado diferencias en las actitudes diagnósticas, se hace evidente la necesidad de elaborar una guía de práctica clínica para unificar criterios.

IF-5

SÍNDROME ANTIFOSFOLIPÍDICA CATASTRÓFICA: ANÁLISI DE 250 PACIENTS DEL REGISTRE INTERNACIONAL «CAPS REGISTRY»

R. Cervera, S. Bucciarelli, R. Asherson, J. Piette, Y. Shoenfeld, G. Espinosa, S. Aguiló y J. Gómez-Puerta

Enfermedades Autoinmunes. Hospital Clínic de Barcelona. Barcelona.

Objectius. Conèixer les característiques de la síndrome antifosfolipídica (SAF) catastròfica.

Material i mètodes. Han estat revisats els primers 250 casos del Registre Internacional de pacients amb SAF catastròfica (CAPS Registry). Aquest registre conté la informació clínica i de laboratori dels pacients publicats a la literatura amb aquesta síndrome i d'aquells enviats directament als coordinadors de l'estudi i es troba disponible a través d'Internet a www.med.ub.es/MIMMUN/FORUM/CAPS.HTM

Resultats. La majoria dels pacients tenia SAF primària (50%) o lupus eritematos sistèmic (40%). Es varen objectivar factors precipitants en el 60% dels pacients (infeccions, traumatismes o intervencions quirúrgiques, retirada de l'anticoagulació, INR baix, anticonceptius orals o altres fàrmacs, brots lúpics, avortaments). Les manifestacions clíniques varen ser generalment multiorgàniques i afectaren principalment els ronyons (73%), pulmons (68%), cervell (65%), pell (52%) i cor (51%). El 45% dels pacients va morir i les causes principals van ser trombosis cerebrals (20%) i cardíques (14%) i infeccions (13%). El tractament més efectiu va ser la combi-

nació d'heparina i glucocorticoids, juntament amb immunoglobulines endovenoses o recanvi plasmàtic.

Conclusions. El SAF catastròfic és una forma de presentació infreqüent però molt greu d'aquesta síndrome, per la qual cosa són essencials el diagnòstic precoç i la instauració del tractament enèrgic. EL "CAPS Registry" permet disposar d'una eina d'informació ràpida per a conèixer millor aquesta síndrome.

IF-6

S'HAN D'INCLoure Els Anticossos Antinuclears Entre Els Criteris Immunològics Obligatoris De La Síndrome De Sjögren Primària? Anàlisi De 353 Pacients

S. Aguiló, D. Vélez, I. Arias, A. Robles, R. Reyes, M. Ramos-Casals, N. Nardi y P. Brito-Zerón

Medicina Interna. Hospital Clínic. Barcelona.

Objectius. Analitzar la prevalença i el significat clínic dels auto-anticossos circulants contra antígens nuclears (ANA) d'una àmplia cohort de pacients amb síndrome de Sjögren (SS) primària.

Material i mètodes. Es van estudiar 335 diagnosticats de SS primària que havien estat seguits en el nostre departament des del 1994. Els tests immunològics realitzats van incloure ANA (amb tècnica d'immuno-fluorescència indirecta sobre mostra de fetge/ronyó/estómac de ratolí), anti-Ro/SS-A, anti-La/SS-B, anti-Sm, anti-RNP, anti-SMA, anti-PCA, anti-LKM-1 i autoanticossos AMA.

Resultats. Es va trobar positivitat per a ANA en 278 (83%) dels pacients. 53 (19%) del pacients tenien un títol de 1/40, 56 (20%) un títol de 1/80, 46 (16%) un títol de 1/160, 35 (13%) un títol de 1/320 i 88 (32%) un títol > 1/640. En comparar-se amb pacients amb negativitat per a ANA, els pacients amb positivitat per a ANA tenien una major prevalença de febre (8% vs 0%, p = 0,032), adenopaties (8% vs 0%, p = 0,032), fenomen de Raynaud (13% vs 2%, p = 0,001), hipergammaglobulinèmia (14% vs 4%, p = 0,026) i VSG > 50 mm (25% vs 4%, p < 0,001). L'associació de positivitat per ANA amb la presència d'anti-Ro/SS-A i d'anti-La/SS-B va obtenir una significació estadística en titulacions d'ANA > 1/80 (p < 0,001). Es va identificar una estreta correlació entre els títols d'ANA i el número d'anticossos contra antígens nuclears específics (p < 0,001), però no amb el número d'anticossos contra antígens no nuclears. Els títols d'ANA també es van correlacionar amb el percentatge de gammaglobulina sèrica (p < 0,001). La determinació aïllada d'ANA > 1/80 tenia una sensibilitat del 74% i una especificitat del 53% per la classificació de la SS primària en relació als nous criteris classificatoris del 2002, amb un valor predictiu positiu del 91%.

Conclusions. Els ANA són el anticossos que es detecten amb major freqüència dins la SS primària, i la seva presència està estretament associada amb diferents manifestacions extraglandulars i analítiques de la SS com la hipergammaglobulinèmia, la VSG, així com la positivitat d'anti-Ro/La en pacients amb titulacions > 1/80. Els ANA juguen un paper principal en l'expressió immunològica de la SS primària i contribueixen clarament a la diferenciació de la SS primària respecte les causes no immunològiques de la síndrome seca. Es proposa que les titulacions d'ANA superiors a 1/80 haurien de ser incloses entre els criteris immunològics obligatoris del 2002.

IF-7

IMPLICACIONS CLÍNiques I TERAPÈUTiques DE BIÒPSIES RENALS SERIADES EN PACIENTS AMB NEFROPATIA LÚPICA: ANÀLISI DE 224 BIÒPSIES

G. Delgado, S. Aguiló, A. Robles, I. Arias, D. Vélez, R. Reyes, J. Font y M. Ramos-Casals
 Servei de Medicina Interna. Hospital Clínic.
 Barcelona.

Objectius. Analitzar les característiques clíniques dels pacients amb lupus eritematós sistèmic (LES) amb nefropatia confirmada per biòpsia, valorant la indicació de repetir la biòpsia, la seva utilitat clínica i els canvis a l'actitud terapèutica que poden implicar. **Mètodes:** Entre 1992 i 2003, es realitzaren 224 biòpsies renals en una sèrie de 152 pacients amb nefropatia lúpica (NL). Tots els pacients inclosos complien els criteris diagnòstics de l'American College of Rheumatology de l'any 1982. Es van evaluar les causes que van motivar la realització d'una nova biòpsia i l'actitud terapèutica posterior.

Material i mètodes. Entre 1992 i 2003, es realitzaren 224 biòpsies renals en una sèrie de 152 pacients amb nefropatia lúpica (NL). Tots els pacients inclosos complien els criteris diagnòstics de l' American College of Rheumatology de l'any 1982. Es van evaluar les causes que van motivar la realització d'una nova biòpsia i l'actitud terapèutica posterior.

Resultats. Dels 152 pacients amb NL, 140 eren dones i 12 homes, amb una edat mitja de diagnòstic de la NL de 31 anys. Segons la classificació de la OMS, la primera biòpsia renal evidencià NL tipus I en 6 (4%) pacients, tipus II en 35 (23%), tipus III en 36 (24%), tipus IV 54 (35%), tipus V en 18 (12%) i entrecreument de tipus en 3 (2%). Es realitzaren noves biòpsies en 53 pacients: dues biòpsies en 34 pacients i tres o més en 24. Els motius per a l'obtenció d'una nova biòpsia va ser el deteriorament de la funció renal en 34 (64%) pacients i reevaluació de l'actitud terapèutica en 19 (36%). Es realitzaren un total de 47 biòpsies en pacients amb deteriorament de la funció renal: 28 biòpsies van mostrar un canvi en la classificació de la NL, amb progressió de la NL en 23 (19 dels tipus I, II o III amb progressió cap a tipus IV, i 4 del tipus II al tipus III) i canvis entre els tipus proliferatiu/membranós en els 5 restants, mentre que 19 pacients no mostraren canvis en la classificació de la OMS però presentaren un increment de l'índex de cronicitat. De les 25 biòpsies realitzades per a la reevaluació del tractament, 15 mostraren un canvi a la classificació de la OMS cap a una forma menys proliferativa de NL i les altres 10 biòpsies no presentaren canvis.

Conclusions. El principal motiu per a la realització de noves biòpsies renals és el deteriorament de la funció renal, sobretot un increment de la proteïnúria. Dels pacients que foren sotmesos a una nova biòpsia pel deteriorament de la funció renal es modificà l'actitud terapèutica en el 64%. La repetició de la biòpsia renal és útil en els pacients amb LES, tan clínicament com terapèutica.

Riesgo vascular

RV-1

ACCIDENT VASCULAR CEREBRAL EN PACIENTS JOVES. CARACTERÍSTIQUES I FACTORS DE RISC CARDIOVASCULAR

D. Vigil Martín², E. Rovira Pujol¹,
C. Sanclemente Ansó¹, F. Alonso Valdés¹,
V. García Gil¹ y J. Vilar Pujals¹

¹Medicina Interna, Hospital General de Vic
Vic (Barcelona). ²Àrea Bàsica de Salut. Àrea Bàsica
de Manlleu. Manlleu (Barcelona).

Objectius. Descriure les característiques de pacients joves (amb edat ≤ 50 anys) que hagin patit un ictus; prevalença de factors de risc cardiovascular (FRCV), malalties cardiovasculars (MCV) prèvies, Així com el tractament de prevenció secundària i el pronòstic a curt plaç.

Material i mètodes. Anàlisi descriptiu retrospectiu a partir de la revisió d'històries clíniques de pacients amb edat ≤ 50 anys atesos a l'Hospital General de Vic per accident vascular cerebral (AVC) durant el període de gener del 2001 a desembre del 2004. Es van recollir les següents variables: FRCV, MCV junt amb altres cardiopaties. Es van classificar els diferents episodis etiològicament i es van valorar les exploracions complementàries realitzades, així com el tractament a l'alta.

Resultats. Es van identificar 84 episodis (71,4% homes i 28,5% dones), 14 (16,6%) AVC hemorràgics; 69 (81,1%) AVC isquèmics; d'aquests 41 (48,8%) van ser cardioembòlics (infart i AIT) i 14 (16,6%) es classificaren com a AVCs indeterminats. En l'estudi etiològic es van detectar 8 casos de foramen oval permeable, un cas de síndrome antifosfolipid, dos hiperhomocisteïnèmies, un episodi atribuïble a cocaïna. Es va realitzar la determinació del perfil lipídic en 65,54% dels pacients, diagnosticant-se de dislipèmia 54,5% i es va començar tractament en un 83,3% dels pacients. La dislipèmia estava present en 30 (35,7%) pacients. La mitjana de colesterol va ser 198,5 ± 56,6, c-LDL 133,6 ± 51,2y c-HDL 40 ± 10,31. El FRCV més prevalent va ser el tabac (50%) en tots els subtipus d'AVC excepte en l'hemorràgic en que la HTA i el tabac van tenir la mateixa prevalença (21,4%); en l'AIT cardioembòlic la HTA va ser el FRCV més prevalent (33,3%), un 13% eren diabètics, un 33,3% hipertensos. Es van registrar 2 exitus en la fase aguda (hospitalització); 34,5% van presentar seqüeles a l'alta i 9,5% complicacions neurològiques. 20 es van traslladar a altres centres hospitalaris; el 85,7% dels AVC hemorràgics van ser traslladats. Es van fer recomenacions dietètiques en el 50%, exercici físic a un 37% i abstinència de tabac a un 61,5% dels fumadors. Es va pautar tractament antiagregant a un 81,3% i anticoagulant a 23,7%.

Conclusions. 1) La incidència de l'AVC en pacients amb edat ≤ a 50 anys va ser del 5,8%; 2) El tipus d'AVC més freqüent va ser el isquèmic aterotrombòtic, essent diferent aquesta dada d'altres sèries; 3) En l'estudi etiològic es van

objectivar causes infreqüents d'AVC en 16 (19%) pacients; 4) El factor de risc més prevalent en ambdós sexes va ser el tabac sense haver-hi diferències estadísticament significatives. En la resta de FRCV tampoc s'han trobat diferències estadísticament significatives entre ambdós sexes. S'ha de tenir en compte que el nombre de dones en la mostra és petit (N = 23); 5) El 65% dels pacients dilipèmics avaluats als 12 mesos i controlats a la consulta ambulatoria hospitalaria de lípids van assolir els objectius terapèutics (c-LDL ≤ a 100 mg/dl) i 6) Van presentar recurrències un 8,3% dels 84 pacients. Es tracta doncs de pacients que en cap moment havien presentat un control òptim dels FRCV.

RV-2

EXISTEIX UNA ASSOCIACIÓ ENTRE LA PCR NO ALTAMENT SENSITIVA I ELS FACTORS DE RISC CARDIOVASCULAR?

I. Casarejos Palo², E. Llargués Rocabrana¹,
F. Sala Leal² y S. Montull Morer¹

¹Medicina Interna. ²Medicina Familiar i Comunitària.
Hospital General de Granollers. Granollers (Barcelona).

Objectius. Determinar la relació entre nivells plasmàtics de PCR no altament sensitiva amb els factors de risc cardiovascular en una població de risc cardiovascular.

Material i mètodes. En una consulta de risc cardiovascular s'han estudiat de forma consecutiva els pacients analitzant els factors de risc cardiovascular (gènere, edat, IMC, perfil lipídic, pressió arterial, HbA1c -en pacients amb diabetis-) i els nivells de PCR no sensible. La determinació de la PCR s'ha realitzat pel mètode immunoturbidimètric potenciat per partícules (determinació immunològica quantitativa de la PCR en el sistema COBAS INTEGRA 400). S'ha considerat el valor plasmàtic de PCR de 10 mg/l, com a punt de tall màxim en els individus inclosos (està descrit que nivells plasmàtics > 10 mg/l suggereixen un focus obvi d'infecció i/o inflamació). Estadística: per comparar les mitjanes entre variables quantitatives de grups independents s'ha utilitzat el test de la t Student assumint que la distribució dels grups és homogènia. Per estudiar la relació entre les variables s'ha utilitzat la correlació de Pearson.

Resultats. S'han estudiat 304 individus amb factors de risc cardiovasculars, dels quals el 57,1 % son fumadors o exfumadors, un 45,5% hipertensos (TAS 134,6 ± 19,2 mmHg i TAD 77,21 ± 10,04 mmHg), un 54,6% son diabètics, un 79% son obesos i el 78,1% presentaven dislipèmia (colesterol total 210,4 ± 51,18 mg/dl, HDL-c 53,5 ± 16,76 mg/dl, LDL-c 123,3 ± 44,69 mg/dl, Triglicèrids 189,77 ± 193,8 mg/dl). S'ha observat que existeix una correlació positiva entre l'índex de massa corporal (IMC) i els nivells plasmàtics de PCR amb un índex de correlació de + 0,296, sent aquesta correlació estadísticament significativa (p = 0,01). En l'a-

nàlisi estadístic no s'ha objectivat a l'estudi l'existència de correlació estadísticament significativa entre la PCR i els altres factors de risc estudiats.

Conclusions. Existeix una correlació positiva entre els nivells de PCR no altament sensitiva amb l'IMC. No s'ha trobat relació entre la PCR no altament sensitiva amb els altres factors de risc cardiovasculars estudiats.

RV-3

NIVELLS SÈRICS D'HOMOCISTEÏNA I PATOLOGIA ATEROTROMBÒTICA: ANÀLISI RETROSPECTIVA DE LES DETERMINACIONS D'HOMOCISTEÏNA EFECTUADES EN UN HOSPITAL GENERAL

G. Lucchetti¹, J. Oristrell¹, F. Campos², J. Solá¹, D. Cánovas³, C. Tolosa¹, R. Jordana¹ y A. Casanovas¹

¹Medicina Interna. Hospital de Sabadell. CSPT. Sabadell (Barcelona). ²Bioquímica Clínica. UDIAT. CSPT. Sabadell (Barcelona). ³Neurologia. Hospital de Sabadell. Sabadell (Barcelona).

Objectius. La hiperhomocistinèmia és un factor de risc cardiovascular recentment reconegut. L'objectiu d'aquest estudi és descriure les associacions entre nivells d'Hcy i les diverses variables clíniques en els pacients afectes de patologia arterial aterotrombòtica atesos en el nostre centre en els darrers 5 anys.

Material i mètodes. Estudi retrospectiu d'una sèrie de casos, en medi hospitalari. Població: tots els pacients als que es va determinar homocisteïna (Hcy) en sèrum mitjançant HPLC en el període 1998-2003. Intervencions: revisió retrospectiva de històries clíniques amb recollida sistemàtica de variables relacionades amb reconeguts factors de risc vascular. Anàlisi estadística: estadístics descriptius per a caracteritzar les diverses variables. Transformació logarítmica de variables que no seguien una distribució normal. Anàlisis d'associacions entre variables mitjançant mètodes univariants.

Resultats. Durant el període 1998-2003 es varen efectuar determinacions d'Hcy en sèrum a 350 pacients, 183 dels quals afectes de patologia isquèmica aterotrombòtica (PIA). Es detectaren nivells sèrics basals elevats d'Hcy ($> 12 \mu\text{mol/l}$) en un 37,4% dels pacients amb PIA (38,0% en els AVC; 40,0% a la CI; 43,5% a la AP) i en un 42,3% dels pacients amb PIA sense factors de risc vascular ($n = 26$). Els pacients amb 2 o 3 territoris vasculars afectats ($n = 20$) presentaven nivells sèrics d'Hcy més elevats que els pacients amb afectació de només un territori vascular ($12,62$ vs $10,95 \mu\text{mol/l}$, $p = 0,04$). En el conjunt de pacients amb PIA, els nivells d'Hcy sèrica foren significativament més elevats en el sexe masculí ($11,82$ vs $9,94 \mu\text{mol/l}$, $p = 0,009$) i en els malalts amb insuficiència renal ($15,35$ vs $10,91 \mu\text{mol/l}$, $p < 0,0001$), mentre que no es van trobar associacions amb altres factors de risc vascular. Els nivells sèrics d'Hcy es correlacionaren amb l'edat ($r = 0,28$, $p < 0,0001$), la creatinina ($r = 0,32$, $p < 0,0001$) i de forma inversa amb la B12 ($r = -0,22$, $p = 0,018$). En els malalts amb AVC isquèmic aterotrombòtic, els nivells d'Hcy foren també significativament més alts en presència d'insuficiència renal, no observant-se tampoc associació amb altres factors de risc vascular. No es van detectar associacions entre nivells d'Hcy i característiques clíniques dels AVC (síndrome lacunar; afectació territori anterior o posterior; estenosis de TSA). En els AVC, els nivells d'Hcy es correlacionaren amb l'edat ($r = 0,26$, $p = 0,002$), la creatinina sèrica ($r = 0,40$, $p < 0,0001$), i de forma inversa amb els nivells de B6 ($r = -0,21$, $p = 0,05$) i B12 ($r = -0,28$, $p = 0,005$).

Discussió. El present estudi aporta una prevalença d'hiperhomocisteïnèmia, en els malalts afectes d'events vasculars aterotrombòtics, de prop d'un 40% de casos, similar a la descrita en sèries clàssiques de la literatura, i en un 42,3% de pacients sense altres factors de risc vascular. En relació a l'anàlisi d'associacions clíniques, com ja han descrit altres autors, varem observar nivells significativament més elevats d'Hcy en els malalts del sexe masculí, d'edat més avançada, o amb insuficiència renal. En canvi, a diferència d'alguns estudis recents, no varem observar associació entre Hcy i història de tabaquisme en els nostres pacients. Finalment, l'anàlisi dels pacients amb AVC no ens permet senyalar cap característica diferencial, pel que fa a la tipologia de l'event, entre malalts amb o sense hiperhomocisteïnèmia.

Conclusions. 1) La hiperhomocisteïnèmia és freqüent en els malalts amb patologia isquèmica aterotrombòtica (37,4%); 2) A la nostra sèrie, la detecció d'hiperhomocisteïnèmia s'associà a edats més avançades, sexe masculí i presència d'insuficiència renal i 3) Els nivells sèrics d'Hcy es correlacionaren de forma inversa amb els nivells de vitamina B12 en el conjunt de malalts analitzats.

RV-4

VALORACIÓ DEL RISC CARDIOVASCULAR AMB TC MULTI-DETECTOR

C. Morcillo, J. Valderas, R. Olivero, J. Roca, J. Masip, C. Segura y S. Bechich

Servei de Medicina Interna, Cardiologia y Radiologia. CIMA. Barcelona Servei d'Epidemiologia. IMIM. Barcelona.

Objectius. Per quantificar el risc cardiovascular (RCV) habitualment s'utilitzen les taules de Framingham. S'ha demostrat que la quantificació de calci coronari mitjançant TC multide detector de 16 corones (TC) és també útil per predir el RCV. L'objectiu de l'estudi és quantificar la correlació de la TC amb les taules de Framingham (utilitzant les derivades de la Task Force Europea i la recentment calibrada per la població espanyola [REGIDOR]) com a predictors del RCV en persones sense cardiopatia isquèmica coneguda.

Material i mètodes. Des de juliol del 2003 fins desembre del 2004 s'han recollit de manera consecutiva totes les persones sense cardiopatia isquèmica coneguda, que eren ateses en el nostre servei de medicina preventiva i acceptaren realitzar l'estudi. De tots els malalts s'ha recollit informació dels principals factors de RCV i la seva quantificació segons les dues taules de Framingham. Adicionalment a la prova d'esforç, s'ha realitzat una TC (TC multide detector 16 MX 8000 IDT Philips) per tal de detectar lesions a les artèries coronàries i quantificar el calci coronari (store càlcic) segons el mètode d'Agatston. Hem definit com a arterioesclerosi coronària la detecció mitjançant la TC de calci coronari (score càlcic > 0) o qualsevol lesió sugestiva detectada en les artèries coronàries. Per calcular la diferència entre els dos grups s'ha utilitzat χ^2 per variables discretes i t d'Student per variables contínues. La correlació entre les variables s'ha calculat amb el coeficient d'Spearman.

Resultats. S'han recollit dades de 238 persones (55 anys d'edat, 92% homes) amb alta prevalença dels diferents factors de RCV (fumadors 35% (31% exfumadors), dislipèmia 40%, hipertensió 31% i diabetes mellitus 3%). Tretze pacients estaven tractats amb aspirina i 24 amb estatines. Es va detectar calci a les artèries coronàries en el 51% dels malalts (mitja d'score càlcic 126, DE 373) i lesions a les artèries coronàries en un 43% dels casos. Més de la meitat (55%) de tots els

malalts tenien arterioesclerosi coronària detectada en la TC. En cap malalt va resultar positiva la prova d'esforç. Al quantificar el RCV dels malalts que tenien arterioesclerosi coronària detectada en la TC, cap malalt tenia un risc molt alt amb cap de les dues taules, i només el 32% dels malalts tenien un risc alt amb la taula de la Task Force Europea. Es van observar diferències estadísticament significatives entre el RCV calculat amb la taula de la Task Force Europea i el REGICOR ($\chi^2 = 352,6$, $p < 0,001$). La correlació entre el score càlcic i el risc calculat segons la taula de la Task Force Europea i el REGICOR va ser moderada i estadísticament significativa ($\rho = 0,45$, $p < 0,001$ i $\rho = 0,39$, $p < 0,001$, respectivament).

Discussió. Tenint en compte que aquests malalts asimptomàtics que ja tenen alteracions a les seves artèries coronàries detectades en la TC, tenen possiblement un major risc de patir un accident cardiovascular, si utilitzem únicament les taules de Framingham per estratificar el RCV estem infravalorant el risc real, ja que la taula de la Task Force Europea no ha classificat correctament el 35% dels malalts i el REGICOR no ho ha fet en el 53% dels casos. És important la detecció d'aquestes persones amb arterioesclerosi coronària clínicament silent ja que permetria que es beneficiessin d'un programa més agressiu de reducció de factors de risc i valorar tractament amb antiagregants i estatinas com a prevenció primària, el que podria millorar el seu pronòstic.

Conclusions. La correlació entre els dos mètodes per quantificar el RCV (taules de Framingham i score càlcic mesurat per TC) és bona. Segons aquesta petita mostra, les taules utilitzades infravaloren el RCV real, ja que la taula de la Task Force Europea prediu entre un baix a moderat risc pels 68% dels malalts que ja tenen arterioesclerosi coronària a la TC i la taula REGICOR no classifica a cap d'aquests malalts amb arterioesclerosi coronària a la TC com a alt o molt alt risc. Si infraestimem el RCV no es podrà tractar precoçment la arterioesclerosi coronària silent.

RV-5

CRONOTERAPIA EN HIPERTENSIÓN ARTERIAL. PROYECTO CRONOPRES

J. Vila Planas, P. Blanch Gracia, P. Cortés Hausmann, A. Vidal Oliveros, J. Plana Rodríguez, X. Clar Guevara, M. Manzano Prado y J. Sobrino Martínez

En nombre de los Investigadores de CRONOPRES. SEH-LELHA (España).

Objetivos. El conocimiento del perfil circadiano de los pacientes hipertensos aporta datos relacionados con el pronóstico de los pacientes y es una herramienta capital para introducir en el tratamiento antihipertensivo el concepto de la administración temporalizada de los medicamentos (CRONOTERAPIA). Objetivos del proyecto: 1) Introducir la MAPA como método diagnóstico de rutina al objeto de poder realizar un mejor tratamiento y control de la hipertensión arterial; 2) Estudiar los patrones de perfil circadiano de PA en los hipertensos no tratados de nuestro país; 3) Estudiar los efectos de los fármacos antihipertensivos administrados con criterios cronoterápicos sobre el perfil circadiano de la PA y 4) Difundir el concepto de cronoterapia entre los médicos españoles y comunicar los resultados de las investigaciones realizadas al respecto.

Material y métodos. Metodología: el proyecto CRONOPRES consta de tres planes: formativo, asistencial e investigador. El plan de formación está basado en la realización de talleres de formación en cronobiología, cronoterapia y regis-

tro de MAPA. El plan asistencial pretende proporcionar a los médicos participantes los recursos necesarios para la introducción de la MAPA y su uso cotidiano en el manejo de los pacientes hipertensos: lector de MAPA, generador de informes estandarizados, resolución de dudas técnicas y clínicas, etc. El plan de investigación está basado en la puesta en marcha y explotación estadística del Registro Español de MAPA (CRONOMAPA) que incluye además de la MAPA un CRD que recoge datos complementarios de características socio-demográficas, factores de riesgo cardiovascular (FRCV), tratamientos para la HTA y otros FRCV y datos de presión arterial clínica.

Resultados. Resultados plan de formación: entre los meses de marzo y julio del presente año se realizaron un total de 47 seminarios-taller en 19 capitales españolas, con un total de 934 participantes (médicos y personal de enfermería) que recibieron formación teórico-práctica en cronobiología y cronoterapia en HTA, así como en el uso del portal temático del proyecto. Plan Asistencial: Se han distribuido 800 lectores de MAPA (Spacelabs 90207) abarcando unidades de hipertensión de hospitales y centros de atención primaria de todas las CCAA y se ha puesto en marcha un portal del proyecto (www.cronopres.com) que permite a los participantes el envío de datos de MAPA junto con el CRD al registro CRONOMAPA. El portal devuelve un informe interpretado y estandarizado a partir de los inputs de los participantes y facilita la gestión de consultas técnicas y clínicas relacionadas con el uso y la interpretación de la MAPA. Con el fin de garantizar el cumplimiento de los requisitos legales en cuanto a privacidad de los datos registrados, el registro CRONOMAPA está construido a partir de una base de datos segura con claves de encriptación, identificación de paciente codificada y anónima (disociación de datos), asegurando además las comunicaciones privadas y protegidas entre el portal, los médicos participantes y el comité científico del proyecto. Plan de Investigación: se están elaborando los proyectos específicos para analizar inicialmente los siguientes campos: Analizar los patrones de perfil circadiano de presión arterial en los hipertensos no tratados de nuestro país. Analizar la incidencia y características del fenómeno de hipertensión arterial de bata blanca en España. Analizar la incidencia y características de la hipertensión arterial enmascarada en España. Analizar y definir un patrón referente a nivel poblacional del perfil circadiano de sujetos normotensos en nuestro país.

Conclusiones. El proyecto CRONOPRES, y en especial la puesta en marcha del registro CRONOMAPA, supone una herramienta válida y útil para el conocimiento del perfil circadiano de la presión arterial de los pacientes hipertensos, así como una plataforma excelente en la que basar futuros estudios de intervención y de análisis de las implicaciones de la cronoterapia en el manejo de la hipertensión.

RV-6

PROYECTO CRONOPRES. DATOS DE LAS PRIMERAS 10.000 MONITORIZACIONES AMBULATORIAS DE LA PRESIÓN ARTERIAL

L. Oliván Sayrol, R. Freixa Pamias, I. Comerma Coma, T. Glaria Navarro, F. Muñoz Rodríguez, J. Montañés Rustullat, A. Pelegrí Santos y J. Sobrino Martínez

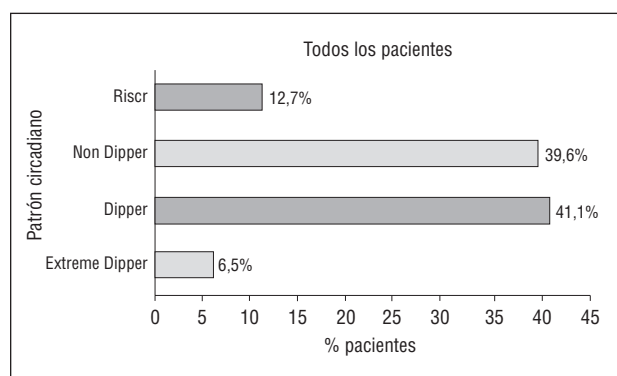
En nombre de los Investigadores de CRONOPRES. SEH-LELHA (España).

Objetivos. La ausencia de un descenso significativo de la presión arterial durante el período de descanso, habitualmen-

te el nocturno, definido por una diferencia entre la PA del periodo de actividad y la PA del periodo de descanso < 10% se ha denominado patrón circadiano de la presión arterial no reductor o no dipper y se ha asociado a un peor pronóstico en cuanto a la aparición de complicaciones en la esfera cardiovascular. Objetivos: estudiar los patrones de perfil circadiano de PA en los pacientes hipertensos de nuestro país.

Material y métodos. Se han distribuido 800 lectores de 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.cronopres.com) que permite a los participantes el envío de datos de MAPA junto con el CRD al registro CRONOMAPA, dicho registro se puso en marcha en junio de 2004. El 15 de febrero de 2005 los más de 600 médicos, participantes en la Red CRONOPRES ya habían realizado y notificado más de 10.000 registros de MAPAs utilizando el CRD electrónico habilitado para tal fin en el portal del proyecto para los médicos investigadores.

Resultados. Un 61,9% de todos los pacientes tenían una ausencia significativa del descenso nocturno de la presión arterial, proporción que era mucho mas marcada en los pacientes que recibían tratamiento farmacológico antihipertensivo (65,8%) que en los sujetos sin tratamiento (53,3%).



Conclusiones. La prevalencia de patrón no dipper o no reductor en nuestra población es alta. La administración de tratamiento farmacológico antihipertensivo probablemente conlleva un aumento de este patrón, quizás debido a la pauta de dosificación o la utilización de fármacos sin un buen perfil de control de 24 horas.

RV-7

INCIDENCIA DE NUEVOS EVENTOS CARDIOVASCULARES EN PACIENTES HIPERTENSOS

M. Adrián, J. Plana, A. Felip, A. Mínguez, J. Vila, M. Doménech, G. Pou y J. Sobrino

En nombre de los investigadores. FEHTACC. Fundacio per l'estudi de l'hipertensio arerail dels Hospitals Comarcals de (Catalunya).

Objetivos. Valorar la incidencia y las características de los pacientes hipertensos que presentan un evento cardiovascular (ECV) a lo largo de su seguimiento en las Unidades de hipertensión de los hospitales comárcales de Cataluña.

Material y métodos. Estudio basado en los datos auditados del registro de pacientes hipertensos de Unidades de Hipertensión de los Hospitales Comárcales de Cataluña, que corresponden a 1.675 pacientes seguidos durante una media de 4,89 ± 4,42 años (límites de 14 días hasta 16,8 años), con una edad media a su entrada en el registro de 55,7 ± 13,3 años, de los que el 55% son mujeres. Consideramos evento cardiovascular la aparición de cardiopatía isquémica sintomática (angina inestable o infarto de miocardio), insuficiencia cardíaca que precisará ingreso hospitalario y la enfermedad cerebro vascular aguda.

Consideramos evento cardiovascular la aparición de cardiopatía isquémica sintomática (angina inestable o infarto de miocardio), insuficiencia cardíaca que precisará ingreso hospitalario y la enfermedad cerebro vascular aguda.

Resultados. La edad media de los pacientes a su entrada en el registro era de 55,7 ± 13,3 años, El 41,9% habían presentado un ECV previo, el 16,9 % eran diabéticos, el 29,6% eran dislipémicos, el 18,6% tenían insuficiencia renal crónica, el 30% tenían microalbuminuria, mientras que un 5% presentaban proteinuria franca, solo una cuarta parte tenían normopeso. Los valores de PA al inicio del seguimiento fueron 166 ± 27,16 mmHg para la PAS y 98,67 ± 14,19 mmHg para la PAD. A su entrada en el registro 1.086 pacientes (64,83%) presentaban muy alto riesgo de padecer un ECV, según las guías de la Sociedad Europea de Hipertensión y 406 pacientes (24,23%) alto riesgo, por lo que únicamente el 10,94% de los pacientes eran de medio o bajo riesgo. Los pacientes que sufrieron un ECV a lo largo de su seguimiento fueron 137 (8,2%) siendo la cardiopatía isquémica con 81 casos (59,1%) seguida de la enfermedad cerebro vascular aguda en 32 pacientes (23,4%) y por ultimo la insuficiencia cardíaca en 17 pacientes (12,4%). El tiempo medio transcurrido entre su entrada en el registro y el desarrollo de un ECV fue de 54,32 ± 4,13 meses (límites de 22 días hasta 14 años y medio).

Conclusiones. La cardiopatía isquémica es en nuestro registro el evento cardiovascular con mayor incidencia, quizás debido a la media de edad de los pacientes. A pesar de que la mayoría son hipertensos de alto riesgo y contar con un amplio seguimiento la incidencia de nuevos eventos vasculares en nuestros pacientes es menor de la esperada, por lo que el control y seguimiento de los hipertensos de alto riesgo en unidades especializadas comporta un claro beneficio para éstos.

RV-8

FACTORES DE RIESGO EN LA APARICIÓN DE UN EVENTO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES HIPERTENSOS

J. Plana, M. Doménech, A. Mínguez, A. Felip, J. Vila, M. Adrián, G. Pou y J. Sobrino

En nombre de los investigadores. FEHTACC. Fundacio per l'estudi de l'hipertensio arerail dels Hospitals Comarcals de (Catalunya).

Objetivos. Valorar que factores pueden predecir la aparición de un nuevo evento cardiovascular (ECV) en pacientes hipertensos controlados en las Unidades de hipertensión de los hospitales comárcales de Cataluña.

Material y métodos. Diseño: estudio de cohortes basado en los datos auditados del registro de pacientes hipertensos de Unidades de Hipertensión de los Hospitales Comarcals de Cataluña, que corresponden a 1.675 pacientes seguidos durante una media de 4,89 ± 4,42 años (límites de 14 días hasta 16,8 años), con una edad media a su entrada en el registro de 55,7 ± 13,3 años, de los que el 55% son mujeres. Consideramos evento cardiovascular la aparición de cardiopatía isquémica sintomática (angina inestable o infarto de miocardio), insuficiencia cardíaca que precisará ingreso hospitalario y la enfermedad cerebro vascular aguda.

Resultados. Los hipertensos que desarrollaron un ECV a lo largo de su seguimiento eran de mayor edad que los pa-

cientes que no lo sufrieron ($60,46 \pm 11,7$ años vs. $55,27 \pm 13,41$ años; $p < 0,001$), presentaban unos niveles de glucemia basal más elevados ($117,57 \pm 47,78$ mg/dl vs $106,19 \pm 35,02$ mg/dl; $p = 0,008$) y unos valores de colesterol HDL más bajos ($45,43 \pm 14,84$ mg/dl vs $49,16 \pm 13,82$ mg/dl; $p = 0,005$). Como era de esperar, el antecedente de ECV previo (62% vs 40,1%; Odds ratio 1,58, IC 95%: 1,27-1,96; $p < 0,001$), la presencia de diabetes (24,1% vs 16,3 %; OR 1,10, IC 95%: 1,001-1,215; $p = 0,01$), fueron un factor de riesgo para el desarrollo de un nuevo ECV. No encontramos diferencias estadísticamente

significativas entre los pacientes que desarrollaron un ECV y los que no en los valores de colesterol total y LDL, en las cifras de PA iniciales, en el índice de masa corporal, ni en el resto de parámetros antropométricos, clínicos y biológicos analizados.

Conclusiones. El antecedente de un evento vascular previo es el factor de riesgo más potente para predecir la posibilidad de desarrollar un nuevo evento, por encima de la diabetes. Los valores de presión arterial al inicio del seguimiento no predicen la incidencia de eventos cardiovasculares en nuestros pacientes hipertensos.

Varios

V-1

ACIDURIA GLUTÀRICA TIPUS II PRESENTANT-SE COM A MIOPATIA LIPÍDICA TÓXICA (I REVERSIBLE AMB RIBOFLAVINA). DOS CASOS A L'EDAT ADULTA

J. Grau Junyent¹, A. Ribes², E. Sanjurjo¹,
A. Navarro-Sastre², P. Briones² y X. Ramos¹

¹Grup de Recerca Muscular. Hospital Clinic. Barcelona.

²Institut de Bioquímica Clínica. Corporació Sanitària
Clínica. Barcelona.

Objectius. L'aciduria glutàrica tipus II o deficiència múltiple d'acil-CoA deshidrogenases és un defecte del metabolisme mitocondrial amb herència autosòmica recessiva. La seva presentació a l'edat adulta és excepcional. L'objectiu de la comunicació és descriure dos casos que es varen manifestar en forma de miopatia adquirida a l'edat adulta.

Material i mètodes. Presentem els casos de dues dones de mitjana edat que varen consultar per un quadre miopàtic subagut-crònic caracteritzat per debilitat muscular proximal i elevació ($\times 10$ vegades) dels valors sèrics de CPK. Com antecedents rellevants una patia un dèficit d'alfa-1 antitripsina (amb emfisema greu i cirrosi hepàtica) i havia començat tractament substituït uns mesos abans de consultar. L'altre dona patia epilèpsia des de l'infantesa i seguia tractament crònic amb valproat. En ambdós casos es va practicar una biòpsia muscular la qual es va processar de forma sistemàtica en teixit congelat i també es va fer un estudi bioquímic dels àcids grassos lliures plasmàtics, carnitina/acilcarnitines en plasma i àcids orgànics en orina.

Resultats. Les biòpsies musculars desl dos casos eren superposades. Hi havia dipòsits submassius de lípid neutre, identificat en la tinció de Oil red O. Els estudis bioquímics varen confirmar que es tractava de sengles casos d'aciduria glutàrica de tipus II o deficiència múltiple d'acil-CoA deshidrogenases.

Discussió. Els estudis morfològics, i sobre tot els estudis bioquímics permeten el diagnòstic d'aciduria glutàrica tipus II. El fet poc habitual romà en la seva forma de presentació a l'edat adulta en forma de miopatia lipídica, com a conseqüència de tractaments amb potencial toxicitat mitocondrial. En el primer cas, l'alfa-1 antitripsina com l'inhibidor de proteases fisiològic més potent, i en el segon cas el valproat, conegut tòxic mitocondrial (encara que per mecanismes no ben entesos). Atès que un percentatge de casos d'aciduria glutàrica responen a tractament amb riboflavina, es va assajar aquest tractament a dosis de 200 mg/dia en dues dosis, a la vegada que es va suspendre el suposat tòxic. La resposta clínica va ser molt bona en ambdós casos. En el primer hi ha hagut una resolució complerta clínica, biològica i histològica, i en el segon només hi ha resposta clínica atès que fa poques setmanes que ha començat el tractament.

Conclusions. Davant d'una miopatia subaguda-crònica adquirida cal pensar en miopaties tòxiques. Si el substrat mor-

fològic és el d'una miopatia lipídica cal pensar en la deficiència múltiple d'acil-CoA deshidrogenases. Així té una especial importància atesa la reversibilitat del quadre clínic.

V-2

ESTRÈS, SATISFACCIÓ I BURNOUT ENTRE INTERNISTES D'HOSPITALS COMARCALS DE CATALUNYA: RESULTATS D'UN QÜESTIONARI DE QUALITAT DE VIDA PROFESSIONAL

J. Altés¹, M. Admetlla² y J. Vilaró³
**en representació del Grup de Caps de Serveis
de Medicina dels H. Comarcals de Catalunya**

¹Servei de Medicina. Hospital Comarcal Alt Penedès.

Vilafranca del Penedès (Barcelona).

²Servei de Medicina.

Hospital de Viladecans. (Barcelona).

³Servei de Medicina.

Hospital General de Vic. Vic (Barcelona).

Objectius. Descriure la situació professional d'internistes i especialistes mèdics que treballen a 16 Hospitals Comarcals de Catalunya; estimar el grau d'estrès, satisfacció i *burnout*, i les variables que s'hi relacionen.

Material i mètodes. Estudi descriptiu, transversal, basat en un qüestionari autoadministrat, postal i anònim que consta de 95 ítems, incloent el Job Content Questionnaire de Karasek, un qüestionari de satisfacció professional, el General Health Questionnaire (GHQ-12) de Goldberg i el Maslach Burnout Inventory (MBI). Es recullen dades demogràfiques i laborals i es deixava un espai per a comentaris. La població d'estudi foren tots els internistes i especialistes mèdics assignats al Servei de Medicina dels Hospitals participants, sempre i quan tinguessin contracte de més de 20 hores setmanals. No s'inclogueren metges residents ni especialistes mèdics que depenen d'altres Serveis. L'estudi es dugué a terme a finals de 2003. Tots els metges seleccionats varen rebre personalment el qüestionari i una carta de presentació, amb un sobre pre-pagat per a retorn de l'enquesta. Anàlisi estadística: SPSS per a Windows.

Resultats. Es van repartir 246 qüestionaris, essent retornats 126 (51,2%). Tres dels qüestionaris es van rebutjar per manca de respostes. S'analitzaren 123 qüestionaris, que representen un 50% de la població a estudi. Es va observar variabilitat significativa en la taxa de resposta entre centres (del 20 al 100%). La mostra està composta per 62% d'homes i 38% de dones. Distribució per edats: < 35 anys: 9,8%, de 35 a 44 anys: 51,2%; de 45 a 54 anys: 33,3%; > 55 anys: 5,7%. En aquesta mostra les dones internistes són significativament més joves que els homes ($p < 0,05$). Situació familiar: parella estable: 82%; solters: 10%; separats: 8%. 80% dels enquestats tenen fills convivint al domicili familiar. Mitjana d'hores setmanals de treball: per contracte 38,7 hores; "reals" 44 hores. Nivell de càrrega de treball: elevada (puntuació de 8 sobre 10), amb poca desviació. Control sobre la

feina acceptable (7 sobre 10). El suport dels companys es valora significativament per sobre del suport per part dels superiors. Nivell de satisfacció: resultat global de 6,5 sobre 10. No s'observen diferències significatives en la satisfacció en funció d'edat o sexe. L'estrès assistencial es puntuava globalment com a mitjà-alt, més elevat en els més joves i en els que fan més hores de feina. El GHQ-12 suggereix patologia psiquiàtrica en un 18% de la mostra, sense diferències segons edat o sexe. Els valors mitjans de *burnout* obtinguts a les 3 escales del MBI han estat: esgotament emocional (EE): 21,56 (DE 10,44); despersonalització: 7,06 (DE 4,63); realització personal: 35,04 (DE 7,32). Aquests resultats situen el *burnout*, d'acord amb la puntuació estàndard, en un nivell mitjà. Un 25% dels enquestats estarien en el rang alt de *burnout*. S'observa una puntuació més elevada d'EE entre les dones internistes, en especial les que tenen fills convivents ($p < 0,05$). El comentari més freqüent ha estat el de la manca de temps per a l'assistència i la formació.

Discussió. Els resultats de l'enquesta assenyalen que els internistes dels Hospitals Comarcals de Catalunya suporten càrregues de treball elevades, amb un acceptable control sobre la feina i un bon suport dels companys. Més feble és la percepció de suport per part dels superiors. L'estrès és més elevat en els més joves, la qual cosa podria tenir relació amb l'atenció continuada/guàrdies. El nivell de satisfacció és discret, indicant probablement un cert grau de desmotivació professional. Els nivells mitjans de *burnout* són intermedis (similars al que s'ha reportat en altres especialitats). Cal assenyalar, però, que un de cada quatre enquestats tenen puntuacions de MBI en el rang alt, i que l'esgotament emocional, paràmetre que reflecteix millor el *burnout*, és significativament més elevat a les internistes dones, especialment en aquelles que tenen cura de fills. La manca de temps és l'aspecte que sembla generar més frustració.

V-3

NEUMOPATÍA INTERSTICIAL COMO ÚNICA MANIFESTACIÓN DE UNA ENFERMEDAD DE ERDHEIM CHESTER

L. Sorlí, M. Orriols, C. Jericó, J. Mercadal, L. García, J. Villar, J. Garcés y A. Díez Pérez

Servei de Medicina Interna. Hospital del Mar. Barcelona.

Objetivos. La enfermedad de Erdheim-Chester (EEC), histiocitosis no X caracterizada por la presencia de focos simétricos de osteosclerosis a nivel de huesos largos, puede acompañarse de afectación extraósea (SNC, pulmón, corazón, riñón). Sin embargo la afectación extraósea aislada es infrecuente.

Material y métodos. Mujer de 78 años sin exposición a tóxicos, afecta de leucemia linfática crónica tipo B asintomática. Acudió a urgencias por tos seca y disnea de 4 meses de evolución. A la exploración física solo se detectó la presencia de crepitantes bibasales. Analítica: 11.350 leucocitos/mm³ (21,8% N; 76,9% L). Gasometría arterial (aire ambiente): pH 7,41, pCO₂ 40,3, pO₂ 53,5, HCO₃ 25,5. Rx tórax (fig. 1). TCAR torácico: patrón "ground glass" bilateral. Engrosamiento de septos interlobares sin fibrosis. Biopsia pulmonar: proceso parenquimatoso intersticial de predominio linfagítico, subpleural, peribronquiolar y periarteriolar (fig. 2). Inmunohistoquímica (fig. 3): células CD 68 positivas y S 100 y CD 1a negativas.

Discusión. La afectación pulmonar se ha descrito en el 20%-35% de los casos de EEC, sin embargo su hallazgo

como manifestación única de la enfermedad resulta excepcional. Clínica y radiológicamente se presenta como una enfermedad pulmonar intersticial. El estudio anatomopatológico muestra infiltrados histiocitarios junto a material inflamatorio y de fibrosis, y la inmunohistoquímica detecta célu-



Fig. 1



Fig. 2

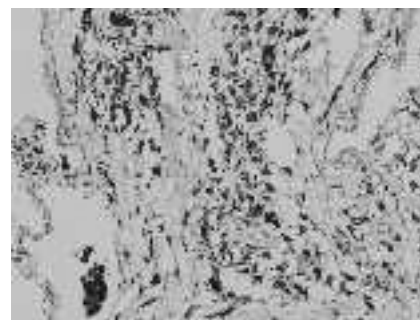


Fig. 3

las CD 68 positivas, CD 1a negativo y expresión variable de la proteína S 100. Aunque los datos disponibles sobre el tratamiento de la EEC con afectación extraósea son escasos, la combinación de fármacos citotóxicos e inmunosupresores resultó efectiva en un paciente con enfermedad pulmonar intersticial, hecho que apoya la práctica de biopsia pulmonar.

V-4

FEBRE I HIPERPROLACTINEMIA COM A PRIMERA MANIFESTACIÓ D'HISTIOCITOSI DE CEL·LULES DE LANGERHANS

A. Artigues Barceló

Hospital de Manacor. Mallorca.

Objectius. La histiocitosis de células de Langerhans (HCL) és una entitat rara, d'etiologia desconeguda, caracteritzada

per la proliferació i infiltració d'histiòcits en diferents òrgans i teixits. És més freqüent en nens. Les formes de presentació són variades. La hiperprolactinèmia com a forma de presentació és molt infreqüent, i sol veure's al llarg de l'evolució de la malaltia.

Material i mètodes. Dona de 22 anys, que ingressa per febre i hiperprolactinèmia. Explicava febre de 9 mesos d'evolució, actualment diària i continua. Amenorrea de sis mesos d'evolució i dolor i tumefacció a l'articulació tèmpero-mandibular dreta, de 48 hores d'evolució. A l'exploració destacava T^a 37 °C. Tumefacció a nivell de la branca ascendent de mandíbula dreta, dolorosa a la palpació. Resta de l'exploració estrictament normal. Exploracions complementàries: Analítica: hemoglobina 11,8 mg/dl. Leucòcits 6,84 × 10³/ul. Plaquetes 238 × 10³/ul. VSG 45 mm/h. Orina 24 h: Cl Cr. 53,3. Inmunologia: normal. ECA: normal. Hormones normals, excepto Prolactina: 1.662 mUI/ml (72-511). Serologies: negatives. Mantoux: negatiu. Hemocultius i urinoculti: negatius. ECG basal. Rx tòrax. Serie Ossea. T.C. Tòrax, abdomen i Pelvis. Mielograma: normals. Exploració oftalmològica i ginecològica: normals. T.C. Mandibular: lesió focal osteolítica, mandibular dreta, amb massa de parts toves. RNM Cerebral: engroiximent del quiasma òptic. Hiperintensitat a l'àrea hipotalàmica. Glàndula hipofisària petita. Edema dels tractes òptics. Lesió lítica amb massa de parts toves a la branca ascendent dreta mandibular. Gammagrafia Ossea: captació a nivell de branca dreta mandibular. Biòpsia lesió mandibular: histiocitosi de cél.lules de Langerhans. Va seguir tractament amb Vinblastina i Prednisona, amb bona evolució.

Discussió. La histiocitosi de cél.lules de Langerhans (HCL) és una malaltia rara, d'etiologia desconeguda, caracteritzada per la proliferació i infiltració de cél.lules de Langerhans a diferents òrgans i teixits. Es desenvolupa sobretot en nens, (80%), entre 1 i 10 anys. En adults és infreqüent, amb una incidència de 1-2 casos per milió d'habitants. És més freqüent en homes i l'edat de presentació oscil.la entre 21 i 69 anys. L'etiologia és desconeguda i la lesió bàsica és un granuloma format per cél.lules de Langerhans i una quantitat variable de monòcits, limfòcits i eosinòfils. La forma de presentació és molt variable, depenent de l'òrgan afectat. El símptoma inicial més freqüent és la diabetes insípida (15%-50%). Pot haver-hi disfunció de la hipòfisi anterior (5%-20%), disfunció hipotalàmica i afectació del sistema nerviós central, però malgrat això la hiperprolactinèmia és molt infreqüent, i sol veure's al llarg de l'evolució de la malaltia, no com a forma de debut. Al tractar-se d'una malaltia infreqüent, no hi ha estudis de seguiment i la prevalença, severitat i implicacions clíniques són desconegudes. El diagnòstic es

realiza per l'observació de les cél.lules de Langerhans en la biòpsia o en l'estudi citològic de les lesions. El pronòstic es molt variable, des de casos de remissió espontània a formes disseminades d'evolució fatal. Referent al tractament, no hi ha estudis amplis ni protocols consensuats per a adults. Dependrà del tipus, del grau d'infiltració i grup de risc. S'utilitza poliquimioteràpia, transplantament de moll d'òs i anti TNF.

V-5

MESOTELIOMA PERICÀRDIC

B. Artigas Burillo², I. Torrente Jiménez², R. Bagá Santamaría¹, S. Ibars Campaña¹, E. Guillaumet Gasa¹, E. Castañer González³ y J. Montesinos Muñoz⁴

¹Cardiologia. ²Medicina Interna, ⁴Oncologia.

Parc Taulí. Sabadell (Barcelona). ³Radiologia.

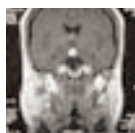
UDIAT-Parc Taulí. Sabadell (Barcelona).

Objectius. 1) Recordar el mesotelioma pericàrdic dins del diagnòstic diferencial de les pericarditis amb serologies i estudi d'autoimmunitat negatius. Destacar els errors diagnòstics degut a la baixa incidència del mesotelioma pericàrdic; 2) Assenyalar la baixa rentabilitat diagnòstica de l'ecocardiograma i les citologies del líquid pericàrdic i 3) Conèixer la importància del diagnòstic i tractament precoços per tal de millorar la qualitat de vida.

Material i mètodes. Presentació d'un cas clínic de mesotelioma pericàrdic. Revisió de la literatura de casos clínics amb el mateix diagnòstic.

Resultats. Presentem el cas d'un pacient home de 43 anys, exfumador, sense altres antecedents d'interès, que presenta dolor toràcic pleurític i frec pericàrdic amb episodi previ compatible amb procés respiratori infecciós (febre, tos, dispnea). ECG amb trastorns de repolarització evolutius, RX tòrax amb cardiomegàlia, ecocardiograma amb vessament pericàrdic moderat i estudi etiològic de pericarditis (PPD, serologies, autoimmunitat) negatiu per la qual cosa es diagnostica inicialment de pericarditis vírica aguda. Malgrat el tractament amb AINEs durant més de 3 mesos, reingressa per persistència del dolor toràcic i signes de congestió sistèmica i pulmonar. L'ecocardiograma suggereix pericarditis constrictiva. La RMN mostra una gran massa tumoral procedent de pericardi que envaeix miocardi. Es realitza biòpsia sota control radiològic, amb diagnòstic definitiu de mesotelioma pericàrdic bifàsic. Als 7 mesos del diagnòstic i amb tractament quimioteràpic, el pacient es troba asimptomàtic. El TAC de control mostra remissió superior al 50% de la massa tumoral.

Discussió. El mesotelioma és una neoplàsia originària de superfície mesotelial de cavitat pleural (80%) i peritoneal, i menys freqüentment de túnica vaginalis i pericardi. El mesotelioma pericàrdic és extremadament estrany, malgrat ésser la neoplàsia primària maligna més freqüent de pericardi. La relació amb l'exposició a asbest no està ben definida. La majoria de casos clínics presenten com a manifestacions clíniques inicials, dispnea, edemes, tos seca i dolor toràcic, malgrat que a la literatura revisada només s'arriba al diagnòstic quan apareixen signes de malaltia avançada: pericarditis constrictiva, taponament pericàrdic, obstrucció a la sortida de grans vasos i coronàries, bloquejos de conducció i excepcionalment metastasis i embolismes causants de dèficits neurològics. Malgrat que l'ecocardiograma és una eina diagnòstica més utilitzada inicialment a la gran majoria de casos revisats no és conclouent; és necessària la utilització de tècniques d'imatge com TAC i/o RMN per a demostrar l'existèn-



Hipercaptació hipotalàm-hipofisària i destrucció mandibular.



Destrucció mandibular prèvia tractament.



Infiltra per cél.lules de Langerhans.

cia d'una massa pericàrdica, la seva extensió a estructures adjacents i el grau de constricció. L'estudi citològic del líquid pericàrdic té una baixa rentabilitat diagnòstica, en comparació amb les pericarditis neoplàsiques secundàries. El diagnòstic definitiu és sempre histològic a través de toracotomia o, com en el nostre cas, punció guiada per TAC. Es diferencien tres subtipus histològics: epitelials, sarcomatós i bifàsic. Malgrat que la resecció quirúrgica pot ésser curativa en casos localitzats, en la majoria té intenció paliativa en realitzar drenatge pericàrdic. S'han utilitzat diferents línies de quimioteràpia; en el nostre cas es va optar per la combinació de carboplatí i alimta, aconseguint a dia d'avui la supervivència del pacient sense necessitat de cirurgia.

Conclusions. 1) Malgrat la baixa incidència de mesotelioma pericàrdic, cal tenir-lo present dins del diagnòstic diferencial del vessament pericàrdic, sobre tot quan apareixen signes de pericarditis constrictiva o de taponament; 2) El diagnòstic definitiu és sempre histològic. Les noves tècniques de punció guiada probablement permetran evitar toracotomies en aquest tipus de malalts; 3) Un diagnòstic i tractament precoç milloren la qualitat de vida del pacient i 4) El pronòstic és pobre degut al retard diagnòstic, la impossibilitat de resecció quirúrgica completa, l'escassa resposta a radioteràpia i quimioteràpia.

V-6

LIMFOMA INTRAVASCULAR

M. Mijana¹, M. Ribell Bachs¹, P. Otermin², R. Guitart³, B. Consola¹, A. Almuedo¹, E. Martínez¹ y S. Montull¹

¹Medicina Interna. ²Unitat Neurologia, Servei Medicina Interna. Hospital General de Granollers. Granollers (Barcelona). ³Medicina Interna. Mutua del Carme. Granollers (Barcelona).

Objectius. Descripció d'un pacient amb deteriorament cognitiu progressiu i dèficits neurològics focals acompanyat de quadre tòxic.

Material i mètodes. Pacient de 62 anys, sense hàbits tòxics o al·lèrgies. No presentava antecedents personals o patològics d'interès. El pacient va consultar per dificultat en la bipedestació de 12 hores d'evolució acompanyada de pèrdua de força en l'hemicòs E. Onze mesos abans havia presentat una trombosis venosa profunda d'extremitat inferior E pel que s'havia tractat amb heparina; iniciant als quatre mesos, Sd. constitucional i clínica neurològica recidivant consistent en quadres vertiginosos acompanyats de simptomatologia vegetativa i episodis d'instabilitat de la marxa i diplopia, constatant-se hemianòpsia E transitòria i oftalmoplègia internuclear E. El TAC i RMN cranial detectava múltiples lesions isquèmiques en territori posterior, orientant-se d'AVC isquèmic de repetició, iniciant tractament antiagregant. Posteriorment el pacient presentà empitjorament progressiu del seu estat general amb anorèxia, apatia i dificultat per a l'atenció i memorització fins a la consulta en el nostre centre, on destacava, afàsia mixta, reflexe cutani plantar extensor E i hemiplègia E, anèmia normocítica-normocroma i VSG elevada. El TAC cranial va objectivar imatge hipodensa a nivell parietal dret posterior de 2 cm de diàmetre, sense captació de contrast, i la RMN lesions supra e infratentorials hiperintenses en T2 i FLAIR de predomini subcortical, amb discreta hiperintensitat difusa de substància blanca periventricular. Així mateix presentava pleocitosi limfocitària 55 cell/mm³ i proteïnorraquia. En el TAC toracoabdominal presentava esplenomegalia homogènia i un nòdul suprarenal E 2,2 cm

diàmetre. Durant l'ingrés el pacient evoluciona tòpidament amb quadre confusional i afàsia mixta, estupor, febre i mioclonies. En una nova RMN cranial s'objectiva progressió de les lesions, decidint-se iniciar de forma empírica corticoteràpia EV davant la sospita de procés neoplàsic/sistèmic. Als cinc dies el pacient recupera el nivell de consciència éssent autònom per la ingesta i deambulant amb ajuda amb milloria de les lesions radiològiques, posteriorment als quals presenta empitjorament brusc neurològic, caient en coma grau III; éssent èxits als 10 dies posteriors, sol·licitant-se necròpsia clínica.

Resultats. La necròpsia és diagnòstica de Limfoma Intravascular de fenotip B amb afectació multiorgànica: afectació a nivell de substància gris i blanca, meninges i plexes caroides, cervellet, melsa, pàncrees, fetge, vasos pulmonars; mucosa esofàgica, gàstrica i intestinal; tiroides; dermis i teixit cel·lular subcutani, ronyons, i miocardi.

Discussió. El LIV és una rara malaltia sistèmica amb predilecció pel SNC i la pell. Representa una forma extremadament rara de limfoma no-Hodgkin de cèl·lula gran caracteritzada per creixement angiogràfic. La presentació clínica és sovint poc específica, i consisteix en canvis del nivell de consciència, dèficits neurològics focals, crisis comicials, febre d'origen desconegut i lesions cutànies. L'augment de proteïnes del LCR pot ser la única troballa de laboratori. El diagnòstic per imatge és igualment no específic. El diagnòstic requereix gran índex de sospita, diagnosticant-se només un terç en vida. La malaltia pot respondre a teràpia CHOP sola o combinada amb metrotexate, si aquesta s'instaura abans d'establir-se lesions isquèmiques importants, i s'ha descrit milloria transitòria amb corticoides a altes dosis. El temps mig de supervivència a l'inici clínic és de 9-13 mesos.

Conclusions. El diagnòstic de LIV s'ha de considerar en aquells pacients que es presenten amb dèficits neurològics no-focals o demència ràpidament progressiva. El reconeixement ràpid de la malaltia hauria de conduir a la ràpida realització de biòpsia cerebral per tal d'aconseguir un diagnòstic i tractament precoç.

V-7

LINFANGIOMA QUÍSTICO ABDOMINAL. A PROPÓSITO DE UN CASO

M. Navarro Sáez¹, T. Navarro Sierra¹, S. Navarro Soto² y A. Casanovas Martínez¹

¹Medicina Interna. ²Cirurgia General. Corporació Parc Tauli. Sabadell (Barcelona).

Objetivos. Los linfangiomas quísticos abdominales (LQA) son tumoraciones poco frecuentes. La presentación en la edad adulta es rara y la localización retroperitoneal es excepcional. Destaca la ausencia de sintomatología y su diagnóstico suele ser un hallazgo casual. Objetivo: a raíz de un caso de LQA diagnosticado en el Servicio de Medicina Interna, se revisan los casos de LQA en nuestro Hospital.

Material y métodos. Presentamos el caso de una mujer de 22 años, remitida a consultas externas de medicina interna por distensión abdominal; en la exploración presentaba un abdomen distendido con semiología de ascitis. La ecografía abdominal mostraba que la ascitis estaba tabicada. La tomografía axial computarizada, orientaba hacia LQA, se realizó resección quirúrgica por laparotomía media y la anatomía patológica confirmó el diagnóstico. A raíz de este caso se realizó una revisión informatizada de los diagnósticos de LQA en el Servicio de Anatomía Patológica en nuestro hospital desde 1990.

Resultados. De la revisión realizada obtenemos un total de 7 casos más. Dos de ellos niños de 3 y 6 años que debutan uno de ellos con un abdomen agudo (rotura del quiste con peritonitis), y el otro fue un hallazgo casual durante el estudio de dolor abdominal por gastroenteritis. De los 5 casos restantes, 3 mujeres y 2 hombres de edades comprendidas entre 53 y 75 años, el diagnóstico fue casual en todos los casos, y se realizó mediante exploraciones complementarias efectuadas por otras causas (quiste de ovario, tumoración retroperitoneal, adenocarcinoma de duodeno, exploración ginecológica casual). En el caso de nuestra paciente el diagnóstico inicial fue el de ascitis tabicada, en su diagnóstico diferencial se debe de tener presente el LQA, cuya forma de presentación habitual se describe así. Sólo en dos de nuestros 8 casos se presentó de esta forma. La forma más habitual de presentación en ésta serie ha sido el hallazgo casual.

Conclusiones. 1) Los LQA son poco frecuentes; 2) La mayoría de los casos de esta serie se han diagnosticado en personas adultas; 3) El tratamiento es quirúrgico; 4) Es una patología benigna, pero que pueden hacer complicaciones locales graves y 5) En el diagnóstico diferencial de una ascitis tabicada se debe tener presente el diagnóstico de LQA.

V-8

CARCINOMATOSI PERITONEAL PER APUDOMA MALIGNA

L. Santasusagna Terrades¹, E. Güell i Farré², F. Meco², L. Ferrer Ruscalleda², E. Villegas², T. Cata², R. Campmany² y F. Ferrer Ruscalleda²

Servei de: ¹Medicina Familiar. ²Medicina Interna. Hospital Dos de Maig. Barcelona.

Objectius. Exposar cas clínic de pacient diagnosticat de carcinomatosis peritoneal per APUDOMA maligna.

Discussió. Pacient home de 81 anys d'edat que consulta al Servei de Medicina Interna per ascitis, dolor a nivell d'hipondri dret i Síndrome tòxica de 2 mesos d'evolució. Antecedents patològics: 1) No al·lèrgies medicamentoses conegudes; 2) No hàbits tòxics; 3) Funcions superiors conservades, autònom per les activitats de la vida diària; 4) Dispèpsia ulcerosa en tractament; 5) Adenocarcinoma de pròstata, diagnosticat el 12/2001, amb Gleason de 7/10, tractat amb resecció quirúrgica, orquiectomia subalbugínea bilateral i tractament hormonal. Recidiva el 06/2004 en forma d'hematúries macroscòpiques, objectivant-se per citoscòpia, infiltració del coll vesical per Adenocarcinoma pobrement diferenciat, pel que es va decidir fer radioteràpia (pendent d'iniciar al moment actual); 6) Tractament habitual: Omeprazol, Vit B12 IM, Bicalutamida 50 mg. Malaltia actual: Consulta al nostre Servei per Síndrome tòxica de 2 mesos d'evolució, amb augment del perímetre abdominal y dolor a nivell de l'hipocondri dret, no refereix ni alteració de l'hàbit deposicional, ni náusees, ni vòmits. Exploració física: TA 140/80, FC 96x', Tax 36 °C. Conscient, orientat, pal·lida mucocutània, normohidratat (no edemes). Exploració cardiorespiratòria: tons cardíacs rítmics, no s'ausculten bufos cardíacs, MVC, amb crepitants fins a nivell de la base D. Abdomen: globulós, amb semiologia d'ascitis a tensió, dolors a nivell d'hipocondri D, hepatomegàlia d'un centímetre. NRL: Sense alteracions. Exploracions complementàries: Anàlítica (paràmetres alterats): VSG 82, Funció hepàtica sense alteracions. Anti CA 125 128 U/ml (< 35). Ecografia abdominal: Ascitis abundant. Fetge col·lapsat per ascitis, d'ecoestructura normal, porta permeable, vies biliars, pàncrees, melsa i ronyons sense alteracions. 1) Bioquímica de

líquid ascític: Proteïnes 34,2 g/l, LDH 263 U/l, glucosa 91 mg/dl, ADA 14.8 (< 20); 2) Citologia de líquid ascític: 1.100 hties/mm³, 440 leucos/mm³ (100% Mononuclears). Infiltrat infamatori, absència de malignitat; 3) Microbiologia: Zhiel i Lowestein negatiu, Gram i cultiu bacterià negatiu; 4) TAC abdominal (troballes patològiques): Ascitis difusa, densitat heterogènia en àrea epiloica, que separa el budell de la paret abdominal anterior, i amb captació heterogènia de contrast essent suggestiu de carcinomatosis peritoneal ("epiplón en torta"); 5) FGS, FCS, TAC toràcica, Citologia de 2 noves paracentesis i PAAF ecodirigida: sense interès patològic; 6) Laparoscòpia exploradora: carcinomatosis que afecta tota la serosa peritoneal, parietal i visceral, extracció de 9 litres d'ascitis. Àrea apendicular aplastrada. Anatomia Patològica: APUDOMA maligna metastàtic a nivell peritoneal. Gastrina, VIP, glucagón dintre dels marges de la normalitat. 5 Hidroxi-indolacètic en orina: 12,3 mg/24 h (< 9 mg) Orientació diagnòstica: Carcinomatosis Peritoneal per APUDOMA maligna metastàtic no productor d'hormones de probable origen apendicular. Tractament: 20 mg d'Octeotrid IM/cada 4 setmanes Evolució: el pacient va romandre asimptomàtic durant 3 mesos, sense produir-se novament la presència d'ascitis. Malgrat això, va presentar quadre compatible amb oclusió intestinal, que donada la patologia de base, es va decidir fer tractament simptomàtic, morint als tres dies.

Conclusions. Es tracta d'un pacient afecta d'una carcinomatosis per un Apudoma maligna, productor de serotonina, que donada la seva extensió es va decidir fer tractament amb Octeotrid IM, per controlar la producció de l'esmentada substància, que fins el moment no havia donat cap problema. Els tumors del sistema APUD poden comportar-se com autèntiques neoformacions, que per la seva activitat endocrina presenten simptomatologia peculiar, no sent el cas del pacient, donat que no presentava afectació hepàtica, la simptomatologia consistia amb la típica per afectació peritoneal per un tumor, amb la peculiaritat, que va respondre al tractament amb Octeotrid, desapareixen l'ascitis i disminuint en els posteriors controls la producció de 5 hidroxi-indolacètic.

V-9

EMPIEMA PLEURAL ESPONTANI PER CAMPILOBACTER JEJUNI EN UN MALALT CIRRÒTIC

A. Smitschon Amat¹, R. Perelló Carbonell¹, C. Miret Más¹, E. Rodríguez Flores², M. Bastida Vila³, M. Adrián Martín¹, E. Portabella Purti² y M. Nolla Salas¹

¹Servei d'Urgències. ²Servei de Medicina Interna. ³Servei de Laboratori-Microbiologia. Hospital de l'Esperit Sant. Santa Coloma de Gramenet (Barcelona).

Material i mètodes. El empiema pleural espontani és la infecció d'un hidrotòrax que pot anar, però no sempre va associada a un episodi de peritonitis bacteriana espontànea en el malalt cirròtic. El quadre clínic consisteix en febre, calfreds i/o dispnea, encara que també pot cursar de forma asimptomàtica. Els microorganismes més freqüentment aïllats són els gram-negatius d'origen entèric, sobretot la *E. coli*. Es presenta el cas d'un pacient diagnosticat d'empiema pleural espontani per *Campilobacter jejuni*. Home de 61 anys amb hàbit enòlic de més de 120 g/dia amb antecedents patològics de cirrosi hepàtica alcohòlica Child-Plugh C amb varis episodis de descompensació ascítica-edematosa i episodis de hemorràgia digestiva alta. Va acudir a Urgències per clínica de dolor toràcic dret de característiques pleurítiques,

febre de fins a 39 °C i tos amb expectoració harrumbrosa de 3 dies d'evolució. A la exploració física destacava una hipofonesi a la base de l'hemitòrax dret i una hepatomegàlia de dues travesses de dit, sense semiologia d'ascites. A la analítica destacava la presència d'una bicitopènia amb Hb 117 g/l, hematòcrit 34 l/l, leucòcits $3,79 \times 10^9/L$ (26% bandes), plaquetes $46 \times 10^9/L$ i temps de protrombina 20%. La Rx de tòrax mostrà cardiomegàlia i vessament pleural dret. La toracocentesi va mostrà la presència d'un exudat format per polimorfonuclears (proteïnes 37 g/l, leucòcits $9.850 \times mm^3$, PMN 90%, glucosa 79 mg/dl, LDH 479 UI/l). A la tinció de Gram s'observà la presència de *Campilobacter* sp. i en el cultiu es va aïllar *Campilobacter jejuni*. Una ecografia abdominal va posar de manifest la presència d'ascites, el líquid de la qual fou estèril. Es va col·locar un drenatge pleural i s'administraren antibiòtics d'ampli espectre amb resolució clínica del quadre. El *Campilobacter jejuni* és un bacil gram-negatiu que produeix sobretot enteritis. La bacterièmia és poc freqüent i afecta preferentment a pacients en edats extremes o amb algun tipus de immunodepressió. S'ha descrit la peritonitis bacteriana espontànea per *Campilobacter jejuni* en malalts cirròtics evolucionats i d'etiologia alcohòlica, però no hi ha referència a la literatura sobre l'empíema pleural espontani per *Campilobacter jejuni* en aquest grup de malalts. A diferència dels pacients amb peritonitis descrits que es presenten amb un alt índex de recidiva i de mortalitat, el cas que presentem ha evolucionat favorablement fins a la curació de la infecció, sense presentar recidives fins a l'actualitat. Volem destacar l'absència de peritonitis en aquest malalt, la qual cosa podria comportar un millor pronòstic. Creiem que davant d'un pacient cirròtic evolucionat, sobre tot de etiologia enòlica i amb cert grau d'immunodepressió hem de considerar el *Campilobacter* spp. com a potencial agent infectiu, tant en líquid ascític com en presència d'un hidrotòrax.

V-10

ARTERITIS DE TAKAYASU. EXPERIÈNCIA DELS DARRERS 12 ANYS

O. Gasch Blasi, A. Vidaller Palacín, J. Lora-Tamayo Morillo-Velarde, M. Arando Lasagabáster, V. Isern Fernández, A. Requena Méndez y R. Pujol Farriols

Medicina Interna. Hospital Universitari de Bellvitge (HUB). L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona).

Objectius. L'Arteritis de Takayasu és una vasculitis que afecta majoritàriament les artèries de mitjà i gran tamany, amb una gran predilecció pels vasos situats a la creua aòrtica. La seva incidència anual és d'1,2 a 2,6 casos per milió d'habitants, essencialment dones joves. Objectiu: descriure tots els casos d'Arteritis de Takayasu diagnosticats a l'HUB entre gener de 1982 i desembre de 2004.

Material i mètodes. Revisió dels diagnòstics de Takayasu en aquest període, realitzats seguint els criteris modificats de Sharma, parant atenció a les característiques epidemiològiques, clíniques, analítiques i radiològiques, així com l'evolució i la resposta al tractament realitzat.

Resultats. Hem observat 8 casos d'Arteritis de Takayasu, tots dones amb mitja d'edat de 36 anys (19-49). Els símptomes de presentació van ser debilitat, claudicació i febre persistent en la majoria dels casos. Un cas va debutar en forma d'AVC. Van presentar HTA no explicada per altres causes la meitat de les dones. Els signes més freqüents van ser: buf arterial patològic i diferència de polsos o de TA entre un i altre braç. No es van observar lesions dèrmiques ni afectació

cardíaca o pulmonar en cap cas. La mitja de demora del diagnòstic des de l'inici dels símptomes va ser de 57,4 mesos. La VSG mitja va ser de 86 mm/h. Dos casos presentaven leucocitosi, i també dos casos van mostrar trombocitosi. Cinc pacients tenien anèmia amb VCM normal. No es van apreciar associacions amb cap paràmetre microbiològic. Els ANA van ser positius en una ocasió mentre que dues dones presentaven positivitat per a FR. Angiogràficament es van observar alteracions a una o ambdues subclàvies en el 75% de les pacients, mentre que un 50% presentava alteracions carotídees i només dues no tenien vasos supraòrtics afectats. Tres pacients tenien alteracions a nivell de l'aorta abdominal. El 62,5% dels casos va ser tractat amb prednisona a altes dosis, necessitant en només un cas la utilització d'altres immunosupressors per a controlar la malaltia. En tres pacients es va realitzar un maneig invasiu (endovascular o cirurgia).

Conclusions. L'Arteritis de Takayasu és una malaltia infreqüent en el nostre entorn, que es sospita poc, i per això la demora en el diagnòstic supera els tres anys. Símptomes constitucionals en dones joves, especialment si hi ha paràmetres inflamatoris a l'analítica, obliguen a la cerca minuciosa dels polsos. L'arteriografia segueix éssent la tècnica de diagnòstic per la imatge que aporta més informació. La malaltia habitualment respon bé al tractament amb corticoides, que poden ser reduïts fins a dosis mínimes o inclòs retirats. En pocs casos cal emprar altres immunosupressors més potents. El maneig endovascular es també útil en el control dels símptomes.

V-11

EMBARÀS I VIH: EXPERIÈNCIA D'UN HOSPITAL COMARCAL

E. Martínez¹, F. Romanyá¹, A. Soler¹, V. Álvarez², E. Deig¹ y E. Pedrol¹

¹Unitat VIH. ²Obstetrícia. Hospital General de Granollers. Granollers (Barcelona).

Objectius. Al nostre centre, des de 1997 s'atén de forma multidisciplinària a totes les gestants VIH+ mitjançant els protocols establerts segons les guies clíniques d'actuació. El promig de les pacients (dones) ateses a la Unitat és de 110 pacients/any. L'objectiu principal d'aquest estudi va ser quantificar la taxa de transmissió vertical desde la protocolització d'atenció a la pacient VIH+ embarassada. D'altre banda, es volia conèixer la taxa de transmissió de VHC en coinfectades i estudiar la comorbilitat durant l'embaràs i part.

Material i mètodes. S'analitzen de forma retrospectiva, les 35 gestacions d'un total de 33 gestants ateses en el període que comprén desde novembre de 1997 a setembre de 2004.

Resultats. S'analitzen 32 gestacions (3 pèrdues de seguiment), de les quals arriben a terme 27, (3 interrupcions voluntàries de l'embaràs i 2 avortaments espontanis). Dos embarassos no són controlats durant el seu curs i es coneixen al moment del part. En 8 gestacions (23%) es va conèixer el diagnòstic de VIH+ degut a la mateixa. La edat mitjana de les gestants era de 31 anys (límits 18-43 a). Pertanyien a un o dos grups de risc: heterosexual en 16 casos i Ex-ADVP en 14 gestacions. Un 56% (18 pacients) estaven sota tractament TARGA previ a la gestació, un 38% (12) rebien biteràpia, i un 6% (2) no feien cap tractament. La categoria segons els CDC a la que pertanyien les pacients va ser: 80% estadi A, 17% B i 3% C La comorbilitat prèvia existent en les pacients va ser en 3 casos dislipèmia, 2 carcinomes in situ de cèrvix i en 7 casos altres (3 asma, 3 transtorn psiquiàtric, 1

epilèpsia). Un 36% de les gestants estaven coinfectades pel VHC i un 15% VHC+HBsAg+. Complicacions durant l'embaràs: 2 DM gestacional, 7 infeccions (4 vulvovaginitis, 1 pielonefritis, 2 gastroenteritis), 1 preeclampsia, 1 polihidramnios. Durant l'embaràs el tractament va consistir en: 4 pacients no van rebre antiretrovirals (3 IVE i 1 no controlat), ZDV en el part i al neonat en 1 cas no controlat, ZDV de les 14 a 34 setmanes en 1 cas, AZT + 3TC en 7 casos i TARGA en 19 casos (10: 3TC + AZT + Nevirapina). No es van donar efectes adversos rellevants que precisaren canvis en el tractament. Característiques del part: n.º cesàries electives 23, n.º cesàries urgents: 3, n.º parts vaginals distòtics: 1. Complicacions postpart: 1 endometriosis puerperal i 1 ITU per *E. coli*. Seguiment dels nadons: 27 casos (dels quals 5 perduts). Edat gestacional mitjana < 37 setmanes: 5. AcHIV+ 27, RNA VIH tots negatius. Taxa de transmissió vertical-VIH: 0. AcVHC + en 14 nadons, RNA VHC detectable en 3 casos (11%) gràfica 2. Complicacions part i post-part del nadons: 1 retard del creixement intrauterí: 1, Sdm. abstinència: 2, Hipoglicèmia 1.

Discussió. L'aplicació de protocols d'assistència integral a les gestants VIH+ es tradueix en una disminució de la taxa de transmissió vertical. L'administració de TARGA en la gestant VIH ha reduït significativament la taxa de transmissió també en el nostre centre, conjuntament amb la cesària electiva i supressió de la lactància. Ademés, un percentatge elevat de les pacients VIH presenten coinfecció pel VHC, sense existir un protocol d'actuació en la gestant per a la profilaxi d'aquesta transmissió.

Conclusions. La taxa de transmissió vertical del VIH al nostre centre des de la protocolització d'assistència segons les guies és nula; 2) La taxa de transmissió vertical del VHC és del 11% i 3) La principal comorbilitat observada durant l'embaràs són les infeccions, principalment vaginals. La taxa de preeclampsia ha estat del 3,7%.

V-12

FACTORS DE RISC CARDIOVASCULAR ASSOCIATS A L'ICTUS

C. Sanclemente Ansó¹, D. Vigil Martín², F. Alonso Valdés¹, L. Comas Mongay³, P. Ferrás Carceller¹, A. Epelde Azcue¹ i J. Vilaró Pujals¹

¹Medicina Interna. ²Nefrologia. Hospital General de Vic. Vic (Barcelona). ³Àrea Bàsica Manlleu. CAP Manlleu. Manlleu (Barcelona).

Objectius. Descriure els factors de risc cardiovascular (FRCV) a l'ictus, veure la seva distribució segons l'edat i sexe.

Material i mètodes. Dels 1.008 pacients recollits amb el diagnòstic d'ictus des de gener de 2001 a desembre de 2003, mirem els FRCV, tipus d'ictus, gravetat o complicacions de l'episodi, i vam analitzar si hi havien diferències significatives d'aquestes variables segons el sexe i l'edat.

Conclusions. 1) La hipertensió arterial és el FRCV més prevalent i més important per l'ictus augmentant amb l'edat $p < 0,0001$; 2) En els pacients més joves és important el tabaquisme $p < 0,0001$ i també va predominar en els homes $p < 0,0001$. Considerem d'importància els programes d'ajut al fumador; 3) La dislipèmia va predominar en els homes $p = 0,0$, els pacients majors de 50 anys tenien un c-LDL superior que els pacients més joves $p < 0,0109$. Les dones tenien un c-HDL superior al dels homes $p = 0,01$ no influent en la gravetat de l'ictus o en el pronòstic i 4) El gran nombre d'ictus, la seva descripció, així com la presència de FRCV modificables, ens millora la prevenció secundària d'aquests.

Es molt important la prevenció primària dels pacients d'alt risc cardiovascular tant a nivell de l'assistència primària com a nivell hospitalari per evitar molts d'aquests episodis.

V-13

AUSENCIA DE MUTACIONES EN EL GEN ALK-1 EN PACIENTES CON HIPERTENSION PULMONAR Y ESCLERODERMIA LIMITADA

A. Selva O'Callaghan¹, E. Balada Prades², S. Serrano Acedo², J. Ordi Ros¹, C. Simeón Aznar¹, R. Solans Laqué¹, V. Fonollosa Plá¹ i M. Vilardell Tarrés¹

¹Medicina Interna. ²Laboratorio de Investigación en Enfermedades Autoinmunes Sistémicas. Hospital Vall d'Hebron. Barcelona.

Objetivos. La hipertensión pulmonar (HTP) es una complicación conocida de las conectivopatías, especialmente de la esclerodermia limitada (ISSc). El gen ALK-1 (activin receptor-like kinase 1), modulador de la angiogénesis, se ha implicado en el desarrollo de la HTP que aparece en pacientes con teleangiectasia hemorrágica hereditaria (THH) o enfermedad de Rendu-Osler. Dada la coexistencia en ambas enfermedades de teleangiectasias e HTP, se formula la hipótesis de que mutaciones en este gen puedan participar también en la patogénesis de la HTP en la ISSc. El objetivo de este estudio ha sido analizar la presencia de mutaciones en el gen ALK-1 en pacientes con ISSc e HTP.

Material y métodos. Se han estudiado tres pacientes con esclerodermia limitada e HTP, en ausencia de fibrosis pulmonar y/o enfermedad tromboembólica, y como grupo control tres pacientes con esclerodermia limitada sin HTP, tres pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) sin HTP, un paciente con LES e HTP y tres controles sanos. Los 13 sujetos estudiados eran mujeres. Los pacientes fueron diagnosticados según criterios de la ACR. En los cuatro pacientes con HTP, ésta se detectó mediante estudios ecocardiográficos y/o por cateterismo. El DNA a estudio se obtuvo de sangre total periférica. Cada exón del gen ALK-1 (exones 2 a 10) se amplificó por PCR y se realizó la secuenciación mediante cebadores previamente descritos, con algunas modificaciones: el DNA se desnaturalizó durante 5 minutos a 94 °C; luego se efectuaron 35 ciclos consistentes en: 1' a 94 °C, 1' a la correspondiente temperatura de anillado y 1' a 72 °C; finalmente se añadieron 7' más a 68 °C. Se utilizó Platinum Pfx DNA polimerasa (In vitro gen Life Technologies, Paisley, Scotland) con su tampón correspondiente. En todas las reacciones de PCR se utilizó una concentración de MgSO₄ de 1 mM, a excepción del exón 6 que fue de 0,08 mM.

Resultados. En ninguno de los pacientes estudiados se observó la presencia de mutaciones en el gen ALK-1 ni tampoco en los pacientes del grupo control ni en los controles sanos.

Discusión. El TGF-β (transforming growth factor-β) es una proteína multifuncional involucrada en diversos procesos biológicos. Se cree que desempeña un papel importante en el remodelado vascular y en la angiogénesis, mediante la estimulación de los receptores serina/treoninquinasa I y II, codificados por los genes ALK-1 y BMPR2 (bone morphogenetic protein receptor type II). Mutaciones en estos genes son responsables de la aparición de HTP en pacientes con THH tipo 2 y en determinadas familias respectivamente. No se ha podido demostrar la presencia de mutaciones en el gen BMPR2 en pacientes con HTP y enfermedades autoinmu-

nes. La presencia de teleangiectasias en pacientes con síndrome CREST podría ser expresión de la activación de la angiogénesis como consecuencia de la isquemia-reperusión episódica característica del fenómeno de Raynaud. Este es el primer estudio que analiza la presencia de mutaciones en el gen ALK-1 en pacientes con HTP y CREST. Aún cuando no se han detectado mutaciones en los pacientes con CREST, es necesario estudiar otros genes de la misma familia implicados en la angiogénesis (por ejemplo: endoglin), así como el análisis de los productos biológicos de la activación de los mismos. Es posible que exista un sustrato genético que favorezca el desarrollo de HTP en estos pacientes.

Conclusiones. La negatividad de los resultados no apoya la hipótesis de que mutaciones en el gen ALK-1 sean responsables de la HTP en pacientes con CREST. No puede descartarse que este u otros genes implicados en la angiogénesis vascular participen en la patogénesis de la HTP que acompaña a los pacientes con esclerodermia limitada.

V-14

CARACTERÍSTIQUES CLÍNiques I FUNCIONALS DEL DÈFICIT DE MIOADENILAT DEAMINASA (MAD)

E. Sanjurjo Golpe¹, J. Ramos Lázaro¹, D. Cano², J. Bedini² y J. Grau Junyent¹

¹Grup de Recerca Muscular-Medicina Interna. Hospital Clinic. Barcelona (Barcelona). ²Centre de Diagnòstic Biomèdic. Hospital Clínic. Barcelona.

Objectius. Introducció: el diagnòstic del dèficit de MAD és difícil ja que les seves manifestacions clíniques són poc específiques (miàlgies, debilitat, cansament, intolerància a l'esforç, elevació de creatinincinasa -CK- i/o rampes). El test d'esforç sota isquèmia de l'avantbraç (TESIA) podria ser útil en el criatge d'aquesta malaltia. Objectius: descriure les característiques clíniques i funcionals dels pacients amb dèficit de MAD i avaluar les diferències existents amb altres malalties que es presenten amb simptomatologia similar.

Material i mètodes. S'han seleccionat els malalts que en el TESIA havien presentat una corba de lactat normal amb una manca d'elevació d'amoní, partint d'uns valors d'amoní normals. En tots ells es va fer una biòpsia muscular amb una reacció histoquímica per MAD sobre teixit congelat. Les característiques clíniques, funcionals i anatomopatològiques s'han comparat amb altres pacients estudiats per la mateixa simptomatologia però amb un resultat diferent en el TESIA.

Resultats. S'han identificat 10 pacients d'un total de 74 TESIA realitzats. L'edat mitja va ser de 42 anys i 5 eren homes. El temps d'evolució de la clínica era superior a l'any en tots ells, i en un 70% s'havia iniciat en l'edat adulta. Els símptomes que presentaven van ser: 60% cansament, 50% intolerància a l'esforç, 50% elevació de CK, 40% rampes, 30% debilitat, 20% miàlgies, 10% rabdomiòlisi d'esforç i 10% mioglobinúria d'esforç. La mitja del temps del TESIA va ser de 98 segons. Tots van presentar una reacció per a MAD disminuïda o negativa. Respecte la glucogenosi de McArdle s'han trobat diferències en el temps d'inici de la malaltia (infant o jove), major freqüència de rabdomiòlisi i de mioglobinúria d'esforç i menor duració en el TESIA. Respecte el grup que presentava uns valors d'amoní elevats amb corba plana s'ha trobat una major proporció de dipòsit lipídic. No s'han trobat diferències clíniques o funcionals amb malalts amb corbes de lactat i amoní normals.

Discussió. Les característiques clíniques dels malalts afectes de dèficit de MAD són poc específiques, ja que poques vegades es diferencien de les trobades en malalts afectes d'una glucogenosi de McArdle i són indistingibles de pacients amb simptomatologia suggestiva de miopatia metabòlica. El TESIA és capaç de detectar malalts afectes de dèficit de MAD quan no es produeix un ascens en els valors d'amoní durant l'esforç. La realització d'un reacció per a MAD complementa el diagnòstic d'aquests malalts.

Conclusions. La realització del TESIA i una reacció histoquímica per MAD són útils per a la detecció de malalts afectes de dèficit de MAD en l'estudi de pacients amb simptomatologia muscular inespecífica.

V-15

ANÀLISI D'UNA SERIE DE 215 BIÒPSIES D'ARTÈRIA TEMPORAL REALITZADES EN UN HOSPITAL COMARCAL

G. Bejarano Redondo, B. Artigas Burillo, B. Mari Alfonso, M. Monteagudo Jiménez, A. Casanovas Martínez, C. Tolosa Vilella y J. Oristrell Salva
Servei de Medicina Interna. Corporació Sanitària Parc Taulí. Sabadell (Barcelona).

Objectius. Analitzar les manifestacions clíniques i analítiques dels pacients a qui es va realitzar una biòpsia d'artèria temporal (BAT) i determinar aquelles variables que ens puguin ajudar a millorar el rendiment de la mateixa.

Material i mètodes. Anàlisi retrospectiu de 215 històries clíniques de pacients a qui es va realitzar una BAT entre 1989 i juny 2004 al nostre centre. Es van recollir les dades epidemiològiques i les variables clíniques clàssiques inicials i en el moment del diagnòstic considerant-se positives o negatives únicament quan es van reflectir a l'història clínica. Les variables analítiques es van recollir prèviament a la realització de la biòpsia i abans del tractament corticoide en els pacients que el van rebre. L'anàlisi estadística es va fer amb programa SPSS 11.5 per Windows, realitzant-se el test de chi-cuadrado per variables qualitatives, i la t de Student per comparació de mitjanes (distribució normal) o U de Mann-Whitney (la resta), per l'anàlisi de variables quantitatives.

Resultats. 61 biòpsies van ser positives per arteritis de cèlules gegants (ACG) (28,4%) i 154 (71,6%) negatives. De totes les biòpsies realitzades 64,2% van ser en dones. El 78,7% (48/61) de les biòpsies positives corresponien a dones i 58,4% en les BAT negatives (p = 0,005). Els diagnòstics finals del grup de BAT negatives van ser: 33 polimiàlgia reumàtica (PMR), 15 ACG biòpsia negativa, 12 cefalea inespecífica, 11 infeccions, 12 vasculitis o altres malalties sistèmiques, 9 neoplàsies, 3 neuropatia òptica no arterítica, 59 altres diagnòstics. En l'anàlisi univariante entre el grup ACG i el grup global de BAT negativa es van observar diferències estadísticament significatives en les següents variables clíniques: cefalea, claudicació mandibular, palpació anormal d'artèria temporal i alteracions específiques d'artèria temporal, alteracions visuals específiques i sexe femení. No es van trobar diferències quant a la presència de PMR, símptomes sistèmics, manifestacions isquèmiques i alteracions visuals. Les variables analítiques que van mostrar diferències significativament estadístiques van ser la VSG, hemoglobina, plaquetes, sodio, urea, creatinina, fosfatasa alcalina, alfa-2-globulinas, albúmina, proteïna C reactiva, però cap d'elles presentava diferències clínicament significatives. En l'anàlisi multivariante

el sexe, junt amb la claudicació mandibular i les alteracions específiques de la palpació d'AT mantenien diferències estadísticament significatives. Quan es va comparar el grup d'ACG amb el d'ACG biòpsia negativa només la presència d'alteracions específiques d'artèria temporal van mostrar diferències estadísticament significatives. Al comparar el grup ACG amb el grup de PMR es van trobar diferències en la presència de cefalea, claudicació mandibular, alteració de la palpació d'AT, i anèmia (Hb < 11 g/l). Quan comparem el grup d'ACG amb el grup de BAT negativa (excloues ACG BAT negatives i PMR), s'observen diferències estadísticament significatives en totes les variables analitzades excepte en la presència de símptomes sistèmics, alteracions visuals, símptomes isquèmics i anèmia (Hb < 11 g/l).

Conclusions. El conjunt de variables clíniques que millor prediuen una biòpsia temporal positiva en la nostra sèrie són el sexe femení junt amb la presència de símptomes locals, com la claudicació mandibular i l'alteració específica de la palpació de l'artèria temporal; 2) Un 28,4% de les biòpsies d'AT realitzades al nostre centre van ser positives per ACG i un 7% van ser etiquetades i tractades com ACG amb BAT negativa; 3) Els paràmetres analítics no s'han mostrat útils per donar suport/descartar la presència d'arteritis de la temporal i 4) La probabilitat de que una BAT sigui positiva per ACG sera major quants més símptomes craneals locals existeixin i molt baixa si les alteracions analítiques i símptomes sistèmics són el motiu de la indicació de la biòpsia.

V-16

NEUMONITIS INTERSTICIAL POR IMATINIB
C. Sanclemente Ansó¹, A. Darnés¹, M. Alejo²,
A. Vallés³ y J. Vilaró Pujals¹

¹Medicina Interna. ²Anatomía Patológica. ³Hematología. Hospital General de Vic. Vic (Barcelona).

Resultats. Cas clínic: pacient dona de 70 anys amb antecedents patològics de leucèmia mieloide crònica cromosoma philadèlfia positiu en tractament amb imatinib (glivec®) que va iniciar 15 dies previs a l'hospitalització i que ingressa per rash cutani, coloració marró de les ungles, diarrees i dispnea progressiva. Evolució: es realitza biòpsia cutània amb el diagnòstic de pèngfig secundari a fàrmacs. La gasometria arterial va demostrar insuficiència respiratòria aguda i a la radiogra-

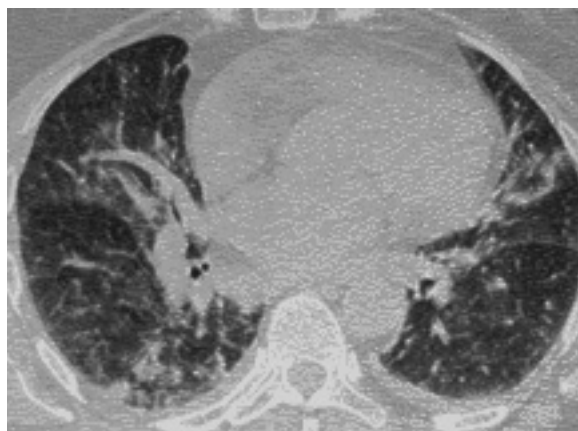


Fig. 1

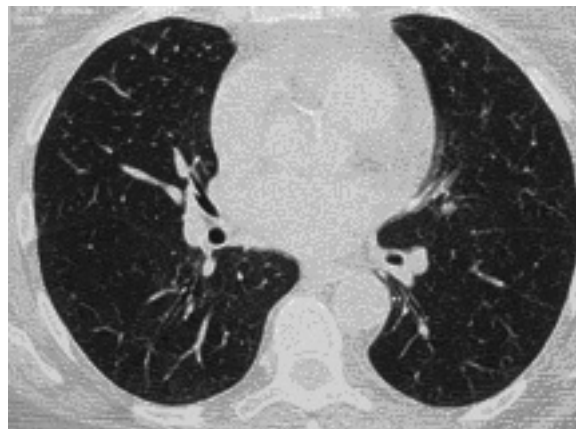


Fig. 2

fía simple de torax es va observar infiltrat intersticial bilateral. Les proves funcionals respiratòries (PFR) mostren: FEV1 1,60 (76%), FVC 1,96 (66%), DLCO 13 (65%) i la TAC toràica va confirmar l'orientació de neumonitis intersticial aguda (fig. 1) descartades altres causes de neumonitis intersticial, es decideix retirar l'imatinib amb millora a les poques hores de la clínica respiratòria desapareixent als pocs dies el rash cutani, tota la clínica respiratòria i normalitzant-se l'hàbit deposicional. La TAC toràica de control (fig. 2) i PFR fets als 3 mesos ambdues van ser normals. Diagnòstic: neumonitis intersticial per imatinib amb pèngfig cutani i diarrees.

V-17

FORMES DE PRESENTACIÓ DEL CARCINOMA RENAL A LA CONSULTA DIAGNÒSTICA RÀPIDA DE MEDICINA INTERNA

L. Gabarró Juliá¹, M. Navarro Sáez¹,
B. Artigas Burillo¹, D. Grau Marsal²
y A. Casanovas Martínez¹

¹Medicina Interna. ²Enfermeria. Corporació Parc Taulí. Sabadell (Barcelona).

Objectius. El carcinoma renal representa un 3% del global de tumoracions malignes. Tradicionalment se l'ha conegut com a "tumor de l'internista" per les seves múltiples formes de presentació, des de les més freqüents com són l'hematúria, la massa o el dolor al flanc, aïllades o en combinació formant la clàssica tríada, fins a formes silents, que es diagnostiquen incidentalment o com a manifestacions paraneoplàsiques. Objectius: descripció de les formes de presentació del carcinoma renal a la consulta diagnòstica ràpida de Medicina Interna de l'Hospital de Sabadell.

Material i mètodes. Revisió descriptiva i retrospectiva dels pacients diagnosticats de carcinoma renal entre febrer de 1998 i gener de 2005 a la consulta diagnòstica ràpida de Medicina Interna. Es revisa base de dades Access on figuren tots els pacients visitats en aquest període. S'analitzen els paràmetres edat, sexe, antecedents personals i familiars, motiu de consulta, temps de símptomes i de diagnòstic, exploració física, analítica, procediments diagnòstics i terapèutics, supervivència i èxits.

Resultats. 1) Del total de 5.644 pacients visitats, s'han diagnosticat 528 (9,35%) processos neoproliferatius, dels quals

12 (2,27%) han estat carcinoma de cèl.lules renals. D'aquests, 9 (75%) són homes i 3 (25%) dones. L'edat mitja de presentació ha estat de 63 anys; 2) El temps mig dels símptomes abans de consultar excedeix els 3 mesos en 9 casos (75%). La demora en el diagnòstic des de la primera visita fins al diagnòstic histològic és de 36,5 dies de mitja; 3) Antecedents de tabaquisme en 7 (58,33%) i d'enolisme i HTA en 6. Sols un presenta antecedents personals de litiasi renal; 4) El motiu de consulta és la síndrome tòxica en 8 (66,66%), seguit de dolor abdominal o lumbar en 3 (25%). Un dels casos s'ha presentat com a trobada; 5) Pel que fa a la clínica, el dolor lumbar el refereixen 8 (66,6%), 3 (25%) febre o febrícula, un hematúria macroscòpica (8,33%) i un sudoració profusa; 6) A l'exploració física destaca la pal·lidesa cutània en 3 (25%), massa abdominal en 2 (16,66%) i varicocele en 2 (16,66%). No s'ha objectivat cap cas d'adenopaties, icterícia, afectació de la cava ni polineuropatia; 7) Analíticament, l'anèmia (Hb < 2) l'han presentat 6 (50%), leucocitosi 2 (16,66%), alteració de la funció renal (urea > 50 i creatinina > 12) 4 (33,33%). Respecte als reactants de fase aguda, s'ha apreciat VSG > 9 en 9 casos (75%) i PCR > 0,5 en 4 (33,3%). -Ecogràficament i posteriorment confirmat per TAC abdominal, s'han descrit masses de > 7 cm en 7 (58,33%), de 4 a 7 cm en 3 (25%), i 2 casos < 4 cm (16,66%); 8) El diagnòstic anatomopatològic, obtingut en 8 casos per nefrectomia i en 4 per PAAF, evidencia carcinoma de cèl.lules clares en 9 (75%), un cas de carcinoma de cèl.lules transcicionals, un de sarcomatós i un de papil·lar; 9) L'afectació ganglionar s'ha objectivat en 8 (66,66%) i les metastasis a distància en 6 (50%). Els òrgans de disseminació han estat el pulmó en 2 casos, un al tracte urinari, un hepàtic, un vertebral i un de retroperitoneal; 10) S'ha practicat nefrectomia radical en 9 pacients (58,3%), han seguit QMT 4 (33,3%). No s'han seguit tractaments radioteràpics i 11) Han estat èxits 6 (50%) dels casos als 88 dies de mitjana des del diagnòstic.

Conclusions. 1) Del total de pacients visitats a la consulta de medicina en els últims 6 anys, prop de la desena part són processos neoproliferatius, i entorn un 2% d'ells, carcinoma cèl.lules renals; 2) El principal motiu de consulta ha estat el quadre tòxic; 3) La clàssica triada d'hematúria, dolor i massa al flanc, s'ha vist de forma infreqüent; 4) El temps de simptomatologia abans de ser visitats a la consulta és de tres mesos; 5) La demora en el diagnòstic gira al voltant d'un mes; 6) En el moment de diagnòstic, la majoria de casos presenten tumoracions de gran mida, amb afectació ganglionar i disseminació a distància i 7) La meitat han estat èxits a les poques setmanes del diagnòstic, la qual cosa és concordant amb el fet que el perfil dels nostres pacients sol presentar fases evolucionades de la malaltia.

V-18

NEUROCISTICERCOSIS: UN AMPLIO ABANICO DE PRESENTACIÓN PARA UNA PARASITOSIS EN AUJE

L. García Gibert¹, J. Torres Martínez¹, L. Sorli Redo¹, M. Orriols Caba¹, J. Villar García¹, J. Gimeno-Bayón¹, A. Díez Pérez¹ y G. García Fructuoso²

¹Medicina Interna y Enfermedades Infecciosas.

²Neurocirugía. Hospital del Mar. Barcelona.

Objetivos. Nuestro país ha sufrido grandes flujos migratorios en los últimos tiempos; ello ha supuesto la presencia, cada vez

más frecuente, de enfermedades poco comunes en nuestro medio hasta hace unos años. La neurocisticercosis es una parasitosis cerebral frecuente, sobretodo en países en vías de desarrollo, donde alcanza una prevalencia en la población general del 3%-4%. En los últimos meses se han diagnosticado tres casos de neurocisticercosis en nuestro centro. El objetivo de este trabajo es describir las diferentes formas de presentación y la implicación que esto ha tenido en cuanto a la evolución y el tratamiento de cada uno de los casos.

Resultados. Caso 1: mujer de 28 años que refiere cefalea de un mes de evolución, inestabilidad cefálica y vómitos. El TC y la RNM muestran múltiples lesiones quísticas con hidrocefalia. A pesar del tratamiento médico hay una progresión de la clínica, aparecen crisis convulsivas y papiledema, siendo necesaria la colocación de una válvula de derivación ventrículo-peritoneal. Actualmente se encuentra asintomática. Caso 2: mujer de 50 años, que acude por presentar una hemiparesia izquierda rápidamente progresiva. El estudio muestra una lesión cerebral única con nivel hidroaéreo y severo edema perilesional (imagen 2). Presenta gran mejoría sintomática tras la evacuación quirúrgica y tratamiento con albendazol, persistiendo ligero déficit de fuerza en extremidad superior izquierda. Caso 3: varón de 33 años que presenta cuadro de disminución del nivel de consciencia y convulsiones. Las técnicas de imagen muestran una hemorragia subaracnoidea secundaria a la rotura de un aneurisma inflamatorio asociado a una lesión quística. El diagnóstico se establece por anatomía patológica, tras biopsia y drenaje quirúrgico. El paciente no evoluciona de forma favorable a pesar del tratamiento médico y quirúrgico, siendo éxitus tras resangrado de la lesión.

Discusión. La neurocisticercosis es una infección causada por el enquistamiento de la larva de la *Taenia solium* en el sistema nervioso central. Las formas de presentación de la neurocisticercosis son múltiples: convulsiones, cefalea, síntomas de hipertensión intracraneal, focalidades neurológicas, alteraciones mentales, etc. y suelen estar relacionadas con el número de lesiones, su situación anatómica y la respuesta inmunológica del huésped al parásito. La gran variedad clíni-



Caso 1



Caso 2



Caso 3

ca y la falta de sospecha hace retrasar, en muchos casos, el diagnóstico y el tratamiento. El tratamiento específico se basa en el uso de antiparasitarios (albendazol). Los antiépilépticos y los corticoides sirven para controlar la sintomatología secundaria a los quistes y al edema perilesional. La cirugía no sólo tiene un papel importante en el diagnóstico de esta enfermedad, también es básica en aquellos casos en que el uso de fármacos no es efectivo, en los que se evidencia hipertensión intracraneal importante, en las formas extraparenquimatosas que obstruyen la circulación del LCR y si existe compresión medular.

Conclusiones. Todos los pacientes diagnosticados procedían de áreas endémicas y debutaron con manifestaciones neurológicas diversas (convulsiones, parálisis motora y cefalea). Por todo ello; en cualquier enfermo con antecedentes epidemiológicos compatibles, especialmente inmigrantes y viajeros procedentes de áreas endémicas, que presenten clínica y/o focalidad neurológica, debe descartarse la presencia de neurocisticercosis.

V-19

CONSULTA DE DERIVACIÓ DESDE URGENCIAS A MEDICINA INTERNA (CODUM): UNA ALTERNATIVA ASISTENCIAL**C. Sanz Lobo¹, J. Buades Reines¹, B. Mata Medina², B. Lladó Ferrer¹, R. Margareto San José² y A. Serrano Rovira²**¹Medicina Interna. ²Urgencias. Hospital Son Llàtzer. Palma de Mallorca (Balears).

Objetivos. En los últimos años se están desarrollando alternativas asistenciales a la hospitalización (unidad de corta estancia, hospitalización a domicilio, consulta única o de alta resolución, unidad de diagnóstico rápido). Nuestro Hospital ha puesto en marcha una Consulta ambulatoria (CODUM), para atender pacientes que requieren estudio de patología compleja o seguimiento evolutivo de enfermedades inestables insuficiencia cardíaca, enfermedad obstructiva pulmonar crónica, etc.) que previamente han acudido a urgencias con indicación de ingreso. El objetivo de esta consulta es evitar ingresos al agilizar los circuitos ambulatorios para diagnóstico, tratamiento y seguimiento de enfermedades potencialmente graves.

Material y métodos. Estudio prospectivo durante un período de 7 meses (junio-diciembre de 2004) de los pacientes vistos en la CODUM en la Unidad de Medicina Interna en nuestro hospital con una población de referencia aproximadamente de 275.000 habitantes.

Resultados. Se han atendido a 145 pacientes (48,2% varones) con una edad media de 56,4 años (rango: 90-18). El tiempo medio de espera para la primera visita fue de 5,4 días (rango: 1-26). Ciento treinta y dos pacientes (91,0%) fueron derivados desde urgencias para estudio diagnóstico y 13 pacientes (9%) fueron derivados para seguimiento tras iniciar tratamiento en urgencias. Los motivos más frecuentes de consulta fueron: síndrome constitucional (17,2%), dolor abdominal (16,5%), y fiebre (8,2%). Se diagnosticaron 12 neoplasias (8,2%), 4 diagnósticos nuevos de VIH (2,8%), tres pacientes con patología quirúrgica urgente (2%) y un paciente con un primer brote de enfermedad inflamatoria intestinal (0,7%). Una vez valorados y dados de alta en la CODUM, los pacientes fueron distribuidos de la siguiente manera: 55 pacientes (37,9%) fueron derivados al centro de atención primaria, 54 pacientes (37,2%) derivados a consultas externas de diferentes especialidades y 15 (10,3%) ingresaron en planta de hospitalización de nuestro hospital.

Conclusiones. La CODUM es una alternativa asistencial a la hospitalización que evita ingresos en los pacientes clínicamente estables que requiere evaluación diagnóstica o terapéutica de forma urgente. Esta consulta mejora la accesibilidad de los usuarios al sistema y permite una agilización diagnóstica. Los pacientes que más se benefician de esta consulta son aquellos con sospecha clínica de enfermedad neoplásica.

V-20

DIAGNÒSTIC RÀPID DEL CÀNCER AL PIUS HOSPITAL DE VALLS**F. Fernández i Muixí, C. Manso Andrés, R. Ferré Solé, A. Lorenzo Querol, V. García Saavedra, T. Benet Catalá, J. González Olivella y A. Cartanyá Benet***Medicina Interna. Pius Hospital. Valls (Tarragona).*

Objectius. Analitzar la utilitat d'una Unitat de Diagnòstic Ràpid (UDR) al nostre medi per efectuar avaluacions

diagnòstiques en pacients amb sospita de malaltia neoplàsica.

Material i mètodes. Estudi descriptiu-retrospectiu dels pacients diagnosticats de neoplàsia maligna a la UDR del nostre Hospital del 14/04/02 al 31/02/05.

Resultats. Es van diagnosticar 70 neoplàsies malignes entre 790 pacients estudiats (8,8%). L'edat mitjana: 69,81 anys (18-90). Sexe: 52 homes, 18 dones (2,8:1). Procedències: Urgències (32,8%), Atenció Primària (35,7%), consultes externes de MI (14,3%), altres consultes (17,1%), Motius de consulta més freqüents: sd. tòxica (14), anèmia (9), massa pulmonar (9), adenopaties (7). Neoplàsies malignes diagnosticades amb més freqüència: colon (16), pulmó (13), hepatocarcinoma (8), limfoma (7), estómag (5). Mitjana de visites: 2,21 per pacient (1-5). Demora primera visita: 3,61 dies (1-9). Demora diagnòstic: 6,47 dies (0-32).

Discussió. La nostra experiència suggereix que el disseny de circuits d'accés ràpid per atenció ambulatoria permet un diagnòstic àgil per als tumors més freqüents (digestius, pulmonars), millorant la satisfacció del pacient, l'efectivitat i la satisfacció professional.

Conclusions. Les UDR són útils per diagnosticar pacients amb sospita de malaltia neoplàsica. Cal fer èmfasi en els signes i símptomes de sospita.

V-21

HOSPITALITZACIÓ A DOMICILI DES D'URGÈNCIES. ESTUDI COMPARATIU AMB EL MALALT INGRESSATTA**N. Jové Vidal, M. Vallés Fernández, J. Sobrino Martínez y M. Torres Salinas***Medicina Interna. Esperit Sant. Santa Coloma de Gramenet (Barcelona).*

Objectius. L'hospitalització a domicili (HD) s'ha consolidat com a una alternativa a l'hospitalització convencional, que proporciona l'assistència necessària dels malalts al domicili alhora que permet disminuir les estades hospitalàries i per tant reduir la despesa sanitària. Fins a gener de 2003, els malalts ingressaven a la nostra unitat, prèvia estada en una sala d'hospitalització convencional. A partir d'aquesta data hem incorporat malalts directament del servei d'urgències. Objectiu: analitzar les característiques i taxa de reingressos dels malalts atesos a la nostra unitat d'HD i ingressats directament des del servei d'urgències.

Material i mètodes. Hem analitzat tots els malalts (n = 109) amb patologia respiratòria des del gener de 2003 al juny de 2004, ingressats directament a la unitat d'hospitalització a domicili des d'urgències.

Resultats. El 52% dels malalts han estat homes. El diagnòstic més prevalent ha estat la malaltia pulmonar obstructiva crònica amb un 39% dels malalts, seguit de l'agudització de l'asma en un 28%. Un 4,6% dels malalts estaven en insuficiència respiratòria. La causa de l'exacerbació ha estat la infecció respiratòria en el 46% dels malalts. El 9,17% van presentar complicacions durant l'ingrés a la unitat d'hospitalització a domicili, 1/3 de les quals estaven relacionades amb la malaltia causal de l'ingrés. L'estada mitjana al domicili ha estat de 4,64 ± 1,95 dies i l'estada total de 5,62 ± 2,09 dies. Tots el malalts van portar broncodilatadors, però en un 57% dels casos es van administrar de forma nebulitzada. Un 5,5% dels malalts eren portadors d'oxigenoteràpia per insuficiència respiratòria crònica. Un 25% dels malalts no feien correctament la tècnica d'autoadministració de broncodilatadors. Una cinquena part dels malalts eren fumadors actius. La taxa de

reingressos als 30 dies postalta ha estat del 9,2%. Els reingressos han estat més prevalents en els malalts amb malaltia pulmonar obstructiva crònica, infecció respiratòria i cardiopatia associada, amb pO_2 i $SatO_2$ més baixes, amb proves funcionals més alterades, amb l'estada mitjana més baixa i que han presentat complicacions durant l'ingrés, essent aquesta darrera l'única estadísticament significativa.

Conclusions. Les característiques dels malalts ingressats a la unitat d'hospitalització a domicili directament des d'urgències sense hospitalització prèvia, no mostren diferències significatives respecte dels que són assumits després d'èsser hospitalitzats uns dies. Tampoc no s'ha apreciat diferències en la taxa de reingressos que ha estat d'un 9% en ambdós tipus de malalts.

V-22

INSUFICIÈNCIA CARDÍACA EN UN SERVEI DE MEDICINA INTERNA: EPIDEMIOLOGIA I PRONÒSTIC

A. Riera¹, S. Millán¹, B. de la Fuente¹, M. Muñoz¹, D. López-Gómez², A. Sánchez², M. de Miguel² y F. Bella¹

¹Servei de Medicina Interna. ²Servei de Cardiologia. Hospital de Terrassa. Terrassa (Barcelona).

Objectius. Valorar l'epidemiologia dels pacients ingressats amb diagnòstic principal d'insuficiència cardíaca (IC) i definir factors predictius de reingrés i mortalitat.

Material i mètodes. Es varen incloure tots els pacients ingressats en el Servei de Medicina Interna amb diagnòstic principal de IC durant l'any 2001. Es van recollir dades clíniques, exploracions complementàries durant l'ingrés i tractament a l'alta. S'ha realitzat un estudi descriptiu amb seguiment personalitzat durant una mitjana de trenta mesos.

Resultats. Durant l'any 2001 varen ingressar un total de 105 pacients, el que representa el 7,0% del total d'ingressos al Servei. L'edat mitjana era de 72 ± 13 anys, significativament major en el sexe femení. El 64,9% eren majors de 70 anys. Un 56% eren dones. Es va realitzar una ecocardiografia durant l'ingrés o en els sis mesos previs al 74% dels pacients, amb una fracció d'ejecció (FE) mitjana de 55%. Un 57,7% tenien una FE conservada. El percentatge de pacients amb característiques similars a la majoria dels assaigs clínics (menors de 70 anys amb FE < 40) era tan sols del 6,6%. La mitjana de les xifres d'hemoglobina (Hb) i creatinina (Cr) a l'ingrés va ser de 12,8 g/dl i 1,32 mg/dl, respectivament. Un 27,8% tenien anèmia (Hb < 12 g/dl) i un 44,3% presentava insuficiència renal (Cr > 1,52 mg/dl). L'etiologia més freqüent va ser la isquèmica (35%), significativament més freqüent en homes, seguida de la hipertensiva (26%), significativament més freqüent en dones, i la valvular (25%). En el moment de l'alta, pràcticament tots els pacients rebien diürètic de nansa (96,2%), la majoria també rebia antagonistes de l'angiotensina (IECA 68%, ARA-II 2%), un 28,6% digoxina, un 26,7% espirolactona i tan sols un 10,5% rebia betabloquejadors. Durant els dos anys de seguiment varen reingressar un 90%, i un 29% varen morir. Com a factors predictius de reingrés hem detectat el sexe femení ($p = 0,015$) i xifres de Hb < 12 g/dl ($p = 0,003$). L'edat > 65 anys ($p = 0,032$) i també una Hb < 12 g/dl ($p = 0,028$) foren factors predictius de mortalitat.

Conclusions. 1) La majoria dels pacients ingressats per IC al nostre hospital son majors de 70 anys i presenten una FE conservada; 2) La IC comporta un elevat risc de reingrés o mort durant els dos anys posteriors; 3) El reingrés s'ha relacionat amb el sexe femení i xifres baixes d'hemoglobina i 4) L'edat avançada i l'anèmia constitueixen factors de risc de mortalitat.

V-23

NEUROCISTICERCOSI: REVISIÓ DE CINQ CASOS C. Rodríguez-Gallego, A. García, C. Sanclemente y J. Vilaró

Servei Medicina Interna. Hospital General de Vic. Vic (Barcelona).

Objectius. Determinar la incidència de neurocisticercosi (NCC) en el nostre medi. Valorar factors de risc de NCC associat a les diferents característiques clíniques dels pacients. Conèixer els tractaments i les proves diagnòstiques realitzades en cada cas.

Material i mètodes. Diseny: estudi observacional retrospectiu. Població d'estudi: tots els pacients ingressats al servei de Medicina Interna per NCC. Període d'estudi: de gener de 1994 a desembre de 2002. Variables recollides: edat, sexe, procedència, forma de presentació, mètodes diagnòstics i tractament.

Resultats. Nombre de pacients ingressats per NCC: (5). Procedència: Equador (3), Màlaga (1), Barcelona (1) Edat: 33,4 anys (18-50). Sexe: homes (3) i dones (2). Forma de presentació: cefalea crònica (1), crisi comicials (3) i trastorns de conducta (1). Tractament: albendazol (5), dexametasona (4), fenitoïna (3), cirurgia (1). Mètodes diagnòstics: 1) TAC cranial: sense alteracions (2) i lesions característiques (3). 2) RMN cerebral: realitzada en 3 casos que confirma diagnòstic. 3) Serologies: positives (2), negatives (2). 4) EEG: normal (1), alterat (1). 5) Punció lumbar: normal (2) i 6) Rx de parts toves i ecografia abdominal: (1). Recidives post-tractament: (2).

Conclusions. S'aprecia alt risc de NCC en pacients joves amb clínica comicial procedents de l'Equador. Existeix una important infravaloració de la radiografia de parts toves i de l'ecografia abdominal, ja que només en un cas s'han realitzat aquestes proves. En tots els casos es realitza tractament amb Albendazol, presentant-se en 2 casos recidives, però en un d'ells era per incompliment terapèutic, tot i que revisant la literatura, el tractament continua essent controvertit. La forma de presentació més freqüent són les crisi comicials. La prevalença exacta de la NCC és molt difícil de determinar atès la inespecificitat de les manifestacions clíniques i de la falta d'una prova completa fiable i segura, que pugui ésser utilitzada en estudis epidemiològics a gran escala. En la bibliografia actual es continua considerant la NCC com a malaltia endèmica a Espanya.

V-24

SÍNDROME DE BUDD-CHIARI: A PROPÒSIT DE 8 CASOS I REVISIÓ DE LA LITERATURA

A. Granados¹, R. Comet¹ y G. Bejarano¹, I. Torrente¹, B. Dalmau² y M. Gil²

¹Medicina Interna. ²Unitat d'Hepatologia. Hospital de Sabadell. Fundació Parc Taulí-Institut Universitari (UAB). Sabadell (Barcelona).

Objectius. Descriure les característiques clíniques, radiològiques i de laboratori dels pacients (P) diagnosticats de Sd de Budd Chiari (SBC) a l'Hospital Parc Taulí de Sabadell.

Material i mètodes. Revisió retrospectiva de les històries clíniques dels pacients diagnosticats de SBC en els darrers 15 anys (entre gener de 1990 i gener de 2005).

Resultats. S'han diagnosticat 8 casos (7 homes, edat mitjana de 64,5 anys [SD 14, rang 42-86]). Malaltia de base: hepatocarcinoma multifocal (CHC) 50% (4 p), leiomioma de la vena cava inferior (VCI) 12,5% (1 p), adenocarcinoma gàstric 12,5% (1 p), quist hidatídic 12,5% (1 p), adeno-

carcinoma d'esòfag 12,5% (1 p). Dels 4 p amb CHC, 3 eren cirròtics ja diagnosticats prèviament (2 per enol i 1 per VHC). Manifestacions Clíniques: forma de presentació: 62,5% (5/8) agut; 25% (2/8) fulminant; 12,5% (1/8) sub-agut. Signes i símptomes: quadre tòxic 87,5% (7/8); ascites 87,5% (7/8); hepatomegàlia 87,5% (7/8); dolor abdominal 50% (4/8); edemes 37,5% (3/8); febre 12,5% (1/8); Laboratori: 3 p amb AST/ALT superior a 1.000 U/L. 3 p amb amb creatinina superior a 1,3 mg/dl. Als casos amb CHC, alfa-fetoproteïna 11.100 (SD 14619.3, rang 13,2-30907). Immunologia bàsica negativa als dos casos que es va determinar. Estudi d'hipercoagulabilitat negatiu a l'únic cas que es va investigar. Radiologia: el 87,5% (7/8) dels casos es va diagnosticar per ecografia; 1 p es va diagnosticar per TC abdominal. L'estudi es va completar amb RNM a 4 casos i per cavografia en un cas. Quatre p (3 amb CHC i un amb adenocarcinoma esofàgic) tenien trombosi portal associada. Evolució: dels 8 p, 7 van ser èxits (als 37 dies del diagnòstic [SD 37,6, rang 10 110]) i un (secundari a quist hidatídic) va ser intervingut, amb bona evolució.

Discussió. La SBC és una síndrome rara que comprén un grup heterogeni de malalties caracteritzat per obstrucció al fluxe venós hepàtic a qualsevol punt entre les vèdules hepàtiques i l'aurícula dreta. Segons l'etiologia, es classifica en primària (per lesió venosa endoluminal) o secundària (presència a la llum vascular de material no originat al sistema venós o bé compressió extrínseca). Les causes més freqüents de SBC 1.^a són: síndromes mieloproliferatives, hemoglobinúria paroxística nocturna, trombofílies, embaràs i ingesta d'anticonceptius orals. Les causes més freqüents de SBC 2.^a són: obstrucció membranosa de la VCI (a països orientals), neoplàsies (CHC, hipernefoma), traumatismes, infeccions (filariasi, hidatidosi). Segons les manifestacions clíniques i la durada dels símptomes es classifica en: asimptomàtic, crònic (el més freqüent, i sol cursar com a hipertensió portal), subagut, agut (dolor abdominal, ascites i hepatomegàlia) o fulminant (insuficiència hepàtica aguda greu). Les exploracions complementàries recomanades són, per ordre: eco-Doppler, TC/ RNM, flebografia, biòpsia hepàtica. El tractament es basarà en: control de la malaltia trombofílica subjacent, tractament de les complicacions i correcció de la obstrucció al fluxe. el pronòstic és molt variable, depenent de la malaltia de base; s'estima una supervivència global de fins al 80% als 10 anys del diagnòstic. Els P més joves, amb millor Child, sense ascites ni insuficiència renal tenen millor pronòstic.

Conclusions. 1) A la nostra sèrie, la majoria de casos de SBC estan associats a neoplàsia, el que explica el mal pronòstic i 2) La majoria de casos s'han presentat de forma aguda o subaguda.

V-25

BRONQUIOLITIS OBLITERANTE CON NEUMONÍA ORGANIZADA (BONO). ESTUDIO DESCRIPTIVO DE 10 CASOS

C. Nadal, G. Samperiz, N. Ribas, M. Femenías, T. Bosch y J. Forteza-Rey

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Son Dureta. Palma de Mallorca (Balears).

Objetivos. Descripción clínica de 10 pacientes adultos diagnosticados de BONO mediante estudio anatómo-patológico durante un período de 6 años en nuestro hospital.

Material y métodos. Estudio retrospectivo revisando historias de pacientes adultos diagnosticados de BONO mediante estudio anatómo-patológico desde enero de 1999 hasta di-

ciembre de 2004. Se analizaron las variables: edad, sexo, enfermedades de base, fármacos habituales, clínica, exploración física, pruebas complementarias, diagnóstico etiológico, tratamiento y evolución.

Resultados. Se revisaron un total de 35 historias con probable diagnóstico de BONO aunque finalmente entraron en el estudio 10 pacientes con el diagnóstico histológico definitivo de BONO (5 varones y 5 mujeres). Edad media 67 años. Enfermedades de base: EPOC (3), asma bronquial (2), artritis reumatoide (1), cardiopatía (7), trasplante pulmonar (1). Tratamiento habitual con fármacos relacionados con BONO (1 con amiodarona). Clínica: disnea (9), tos (7), febrícula (6), síndrome constitucional (6). Presentaron crepitantes secos bilaterales a la auscultación respiratoria 8 pacientes. RX tórax: infiltrado intersticial bilateral (5), infiltrados alveolares múltiples (2), neumonía focal aislada (3). TAC torácico: patrón en vidrio deslustrado bilateral (4), patrón alveolar bilateral (5), neumonía focal aislada (1). Se realizaron pruebas funcionales respiratorias en 8 pacientes: patrón obstructivo (5), patrón restrictivo (1), patrón mixto (1), normal (1). Presentaron disminución de la DLCO (8). La broncoscopia fue normal en 9 pacientes y uno presentó como complicación sangrado. Cultivo general del broncoaspirado: flora mixta (10). Baciloscopias y cultivo de micobacterias: negativo (10). Se realizaron serologías COM-L en 4 pacientes siendo negativas. El cociente entre linfocitos CD4/CD8 del lavado broncoalveolar (BAL) estuvo disminuido en 5 pacientes. La anatomía patológica del BAL: negativa para malignidad (10). La biopsia transbronquial fue compatible con BONO (10). El diagnóstico etiológico de BONO: idiopática (7), secundaria a artritis reumatoide versus amiodarona (1), asociada a trasplante pulmonar (1), post- infección respiratoria (1). Tratamiento y evolución: en 9 pacientes se inició tratamiento con prednisona 1 mg/kg/día en pauta descendente con buena evolución clínica. En el paciente con BONO post- infección respiratoria presentó buena evolución únicamente con antibiótico.

Discusión. La BONO es una entidad poco frecuente en nuestro medio y consiste en un proceso inflamatorio pulmonar que afecta primariamente a pequeños conductos aéreos. Puede ser idiopática o secundaria (post-infecciosa, fármacos, exposición tóxicos, enfermedades tejido conectivo, trasplantes, etc.). Su diferenciación histopatológica como BONO proliferativa versus constrictiva no ha sido posible de realizar en nuestro estudio.

Conclusiones. En nuestra revisión varios pacientes con sospecha inicial de BONO fueron diagnosticados finalmente de fibrosis pulmonar idiopática. La BONO puede asociarse a un gran número de enfermedades y trastornos que dificultan en gran medida su correcta clasificación. En este estudio la mayoría de pacientes (70%) fueron diagnosticados de BONO idiopática presentando buena evolución clínica con tratamiento corticoideo.

V-26

BRONQUIECTASIAS

O. Araújo Loperena¹, J. Cegoñino de Sus², H. Fernández Molinero³, L. Mateo Gallego³, J. Ribó Ribalta³, M. López Salvá³, O. Navarro Roldán¹ y M. Valiente Millán¹

¹Medicina Interna. ²Neumología. ³Residente de MFyC. Hospital de Sant Pau i Santa Tecla. Xarxa Sanitària i Social de Santa Tecla. Tarragona.

Objetivos. Primario: estudiar la epidemiología de las bronquiectasias (BQ) en los pacientes de nuestra área de referencia.

Secundarios: analizar su etiología y presentación clínica. Conocer la alteración funcional respiratoria y su reversibilidad en los pacientes con BQ. Conocer la frecuencia del uso y la rentabilidad del cultivo de esputo en estos pacientes. Analizar el tratamiento de base. Valorar las características de las agudizaciones de origen infeccioso.

Material y métodos. Estudio descriptivo, retrospectivo, de los pacientes incluidos en el Registro de Bronquiectasias de la Unidad de Neumología de nuestro hospital. 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 de los datos mediante el programa SPSS 12 para Windows.

Resultados. Se han estudiado 41 casos con una edad media de 66,33 años (DE 13,7) y con un predominio del sexo masculino (61%). 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 presentan sintomatología, y la clínica más frecuente es la disnea (78%), la tos (78%) y la expectoración (58,5%). La mayoría de los pacientes con BQ presenta alteraciones funcionales (73,2%), con predominio del patrón espirométrico obstructivo (53,7%) frente al restrictivo (19,5%). El 29,3% de los pacientes muestran positividad a la prueba broncodilatadora. Durante el año de seguimiento el 61 % de los pacientes ha 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% de los pacientes 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. Y 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 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 resultó positivo en el 17,1% de los casos. Un 78% de los casos 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 (19,5%), la asociación de fluticasona-salmeterol (14,6%), y el 12,2% precisa oxigenoterapia domiciliar. Alguno de nuestros pacientes necesitó embolización de la arteria pulmonar (7,3%).

Discusión. Las BQ es una enfermedad rara pero potencialmente devastadora. Los pacientes afectados sufren numerosas agudizaciones respiratorias que repercuten en su calidad de vida, con el consiguiente consumo de antibióticos y de recursos sanitarios. El conocimiento de la epidemiología de la enfermedad en nuestros pacientes nos permite utilizar en mejor medida los recursos sanitarios disponibles para mejorar su calidad de vida y evitar gastos innecesarios.

Conclusiones. El enfermo con BQ tiene sintomatología clínica de forma permanente. Debemos tratar precozmente las infecciones respiratorias para evitar lesiones irreversibles. Los pacientes con BQ tienen alteraciones funcionales respiratorias con escasa reversibilidad. Se constata una

escasa utilización del cultivo de esputo a pesar de la frecuencia con la que se producen exacerbaciones de causa infecciosa. Se constata un importante consumo de fármacos en los pacientes diagnosticados de BQ a la vez que documentamos una escasa utilización de la fisioterapia respiratoria.

V-27

ENFERMEDAD MIXTA DEL TEJIDO CONJUNTIVO: ESTUDIO DE CONCORDANCIA DIAGNÓSTICA EN 20 PACIENTES

M. Ruiz Pombo¹, A. Selva O'Callaghan¹, L. Martínez Lostao², R. Domínguez Pareto³, R. Solans Laque¹, C. Simeón Aznar¹, J. Ordi Ros¹ y M. Vilardell Tarrés¹

¹Medicina Interna. ²Laboratorio de Investigación

en Enfermedades Autoinmunes Sistémicas.

Vall d'Hebron. Barcelona. ³Departamento de estadística. Universidad Politécnica de Barcelona. Barcelona.

Objetivos. La enfermedad mixta del tejido conjuntivo (EMTC) o enfermedad de Sharp incluye a aquellos pacientes con rasgos clínicos de distintas conectivopatías junto a un marcador serológico característico y que la define, el anticuerpo anti-U1-RNP. Se analiza la concordancia entre las diferentes técnicas inmunológicas de detección de estos autoanticuerpos y de los diferentes criterios diagnósticos utilizados.

Material y métodos. Se incluyó en el estudio a los pacientes con enfermedades sistémicas y positividad para los anticuerpos anti-RNP, detectados mediante técnica de inmunoensayo en línea (Inno-Lia ANA UpDate kit; Innogenetics, Ghent, Belgium). Los pacientes con anticuerpos anti-Sm, antígeno que forma parte de la misma estructura citoplasmática, el spliceosoma, fueron excluidos. En todos estos pacientes se realizó un estudio de inmunoprecipitación (IP) de RNA en gel a partir de un extracto de células HeLa S3. Se estudió la concordancia entre los diferentes criterios diagnósticos de la EMTC (Alarcón Segovia, Kasukawa y Sharp) y también entre los anti-RNP detectados por inmunoensayo en línea y por IP. El estudio estadístico se llevó a cabo mediante la práctica de una prueba de correlación tetracórica y el estudio de proporciones de acuerdo específico positivo y negativo en tablas de contingencia.

Resultados. De los 20 pacientes estudiados con positividad para los anticuerpos anti-RNP por inmunoensayo en línea, solamente en 15 (75%) se confirmó el resultado por técnica de IP. Al comparar los criterios diagnósticos de Alarcón y Kasuwaka, la proporción de acuerdo específico positivo (AEP) entre ambos fue del 79% con un error estándar (EE) de 0,077, y de acuerdo específico negativo (AEN) del 40% (0,154). La comparación entre los criterios de Alarcón y Sharp mostró un AEP del 75% (0,11) y un AEN del 50% (0,14), y entre los criterios de Kasuwaka y Sharp un AEP del 70% (0,11) y un AEN del 65% (0,13). Únicamente se apreció una correlación estadísticamente significativa entre los criterios de Sharp y los de Kasuwaka ($p = 0,044$; $p = 0,426$).

Discusión. Desde su definición por Sharp, la EMTC ha sido una entidad controvertida, aceptada por algunos autores y rechazada por otros. Su principal dificultad es la individualización de los síndromes de superposición (pacientes con criterios diagnósticos para más de una enfermedad sistémica) y

de las conectivopatías indiferenciadas (no cumplen criterios diagnósticos de ninguna enfermedad concreta). La existencia de tres grupos de criterios diagnósticos diferentes propuestos por el mismo Sharp y por Alarcón-Segovia y Kasuwaka, no hace más que poner de manifiesto esta dificultad diagnóstica. La presencia de anticuerpos anti-U1-RNP, en ausencia de anti-Sm (específicos del lupus eritematoso sistémico) que forma parte de la misma molécula citoplasmática o spliceosoma, favorece su individualización como entidad independiente. Los resultados obtenidos en este estudio ponen de manifiesto la escasa concordancia entre los diferentes criterios diagnósticos analizados. La positividad para los anticuerpos anti-RNP, indispensable para el diagnóstico como marcador serológico característico, varía también según la técnica utilizada.

Conclusiones. Es preciso definir criterios diagnósticos uniformes y reproducibles, así como homologar las técnicas diagnósticas inmunológicas utilizadas en la determinación de los anticuerpos anti-U1-RNP, para individualizar la EMTC como entidad clínico-inmunológica independiente.

V-28

APARICIÓN DE PORFIRIA CUTÁNEA TARDA DURANTE EL TRATAMIENTO ANTIVIRAL EN HEPATOPATÍA CRÓNICA POR VHC

C. Manso Andrés, A. Lorenzo Querol, R. Ferré Solé, F. Fernández Muixí, X. Pérez y A. Cartanyá Benet

Servei de Medicina Interna. Pius Hospital. Valls (Tarragona).

Objetivos. Dentro de las manifestaciones extrahepáticas del VHC se encuentra la porfiria cutánea tarda (PCT). No obstante la aparición de novo de PCT durante el tratamiento antiviral por VHC está escasamente descrita en la literatura.

Resultados. Paciente varón de 41 años, con antecedentes de exADVP desde hace 15 años y exbebedor de 100 g alcohol/día desde hace 4 años. Hepatopatía crónica por virus de la hepatitis C (VHC), diagnosticada hace 9 años, sin controles ni tratamiento posterior. En la exploración física mostraba una hipertricosis en la zona malar y en el abdomen una hepatomegalia moderada, siendo el resto normal. Análiticamente destacaba: ASAT 38 UI/ml, ALAT 116 UI/ml, GGT 96 UI/ml, antiVHC positivo con genotipo 1b y RNA-VHC 338 x 103 UI/ml. El resto de estudio de hepatopatía incluido serología VHB y HIV, inmunología, alfafetoproteína y ferritina fueron normales. La ecografía abdominal tampoco mostró alteraciones. Se le aconsejó punción biopsia hepática, que el paciente rechazó. Posteriormente inició tratamiento con Peginterferón 100 microg/semana y Ribavirina 1.000 mg/día durante 12 meses. A los 4 meses del tratamiento, presentó un cuadro de lesiones cutáneas ampollas a nivel de manos, que se producían al mínimo traumatismo y que fue atribuido al tratamiento antiviral combinado. El control de los 6 meses de tratamiento mostró un descenso de las transaminasas, sin llegar a normalizarse, cifras de Hb conservadas y carga viral negativa. Finalizó el tratamiento a los 12 meses, presentando posteriormente empeoramiento de la citolisis hepática y reaparición del RNA-VHC de 1.570 UI/ml. A pesar de la suspensión del tratamiento, se evidenció empeoramiento de las lesiones cutáneas ampollas. Se practicó detección de porfirinas en orina: uroporfirina 102 mcg/24 h, coproporfirina 3.220 mcg/24 h y

heptacarboxylporfirina 1.631 mcg/ 24 h. Con el diagnóstico de PCT se inició tratamiento con flebotomías periódicas y cloroquina a dosis de 200 mg/semana, con desaparición completa de las lesiones cutáneas y normalización de las porfirinas en orina.

Discusión. La prevalencia de PCT en pacientes con VHC es del 1%-5%, siendo más frecuente en el genotipo 1b. De hecho la infección por VHC puede considerarse como factor desencadenante en la aparición de la PCT y hasta un 50% de estos enfermos tienen serología positiva. Probablemente el mecanismo de inducción es el aumento de la liberación de hierro intrahepatocitario, promovido por el VHC. El tratamiento de la PCT se basa en la abstención del alcohol, flebotomías periódicas asociado o no a antipalúdicos. El tratamiento antiviral del VHC en estos pacientes con PCT asociada, no está bien definido. Existen casos aislados de curación de la PCT, pero en general no es efectivo. Por otra parte es muy infrecuente la aparición de novo de la PCT durante el tratamiento antiviral, sobretodo en aquellos casos en que la ferritina es normal y no se produce durante el tratamiento descenso de la hemoglobina secundaria a la hemólisis por ribavirina.

V-29

AFASIA COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DE NEOPLASIA RECTAL

R. Ferré Solé, C. Manso Andrés, F. Fernández Muixí, A. Lorenzo Querol, X. Pérez López y A. Cartanyá Benet

Servei de Medicina Interna. Pius Hospital. Valls (Tarragona).

Objetivos. Describir un caso de metástasis cerebral única secundaria a cáncer colorectal.

Material y métodos. Paciente mujer de 55 años, con antecedente de gastroplastia por obesidad, que ingresó en nuestro servicio por afasia de comprensión. En la exploración física destacaba una paciente desorientada, disártrica, con afasia de comprensión, estando la expresión conservada. No se constató focalidad motora ni sensitiva. Al tacto rectal se evidenciaba una neoformación dolorosa a punta de dedo. Análiticamente destacaba: proteínas 5,7 g/l, con bioquímica hepática, hemograma, y TSH normales. Los marcadores tumorales incluidos el CEA estaban dentro de los límites normales. Se practicó TAC y RMN cerebral objetivando una tumoración temporal izquierda con edema perilesional sugestiva de metástasis. El TAC toracoabdominal fue normal. Se realizó colonoscopia que mostró una neoformación dura a 5 cm del esfínter anal, cuyas biopsias fueron compatibles con adenocarcinoma de recto, pobremente diferenciado. Posteriormente se practicó la exéresis de la tumoración cerebral, siendo también diagnóstica de metástasis de adenocarcinoma intestinal.

Discusión. El cáncer de recto puede tener un período prolongado de crecimiento silente, antes de producir sintomatología intestinal. Asimismo los tumores poco diferenciados pueden producir metástasis a distancia por vía linfática o hematológica, antes de penetrar en la pared intestinal. Por la vía hematológica pueden llegar a hígado o pulmón y de forma ocasional a los cuerpos vertebrales torácicos y lumbares. Es poco frecuente que se manifieste como metástasis única a nivel cerebral, sin evidenciar invasión en otros órganos.

V-30

TIPUS DE TRACTAMENTS REALITZATS A UN HOSPITAL DE DIA MÈDIC-QUIRÚRGIC: ELS INTERNISTES COM A GESTORS DE CASOS

A. Soler Sendra, E. Deig Comerma, I. Vidal Castell, P. García Rodríguez y S. Montull Morer

Hospital de dia Mèdic-quirúrgic.
Hospital General de Granollers.
Granollers (Barcelona).

Objectius. Des del l'any 2000 disposem en el nostre centre de l'Hospital de Dia Mèdic-Quirúrgic. L'Hospital de Dia és una estructura polivalent oberta de 8 a 16 hores, que dona sortida al maneig de patologies en àmbit ambulatori, evitant consultes o estades a urgències, donant suport a professionals de consultes externes i a més a més, estalviant ingressos hospitalaris, reduint estades en oferir l'administració de tractaments o procediments diagnòstics o terapèutics. Objectius: descriure els tipus de tractaments realitzats a la nostre unitat en un període de 3 mesos que comprèn de gener a març de 2005. Descriurem també la procedència dels pacients, l'adequació i l'activitat realitzada.

Material i mètodes. L'Hospital de Dia disposa d'una base de dades (Acces) en la que es recull de forma diària l'activitat realitzada, amb dades clínic-epidemiològiques de tots els pacients, procedència, motiu de derivació, adequació i derivació entre d'altres paràmetres.

Resultats. Durant un període de 3 mesos (gener-març 2005) s'han atès un total de 501 pacients (57,2% homes). Edat mitja de 54,9 anys (límits: 8-93 a). Un 43,9% s'ha derivat des d'urgències, un 37,7% des de consultes externes, un 13,2% d'hospitalització convencional i un 5,18 des d'Assistència Primària. La derivació ha estat adequada en un 98,4% dels casos. Un 74% dels pacients han estat citats per fer seguiment clínic, un 24,5% per fer tractaments, i la resta per practicar procediments tècnics. Així doncs, els tractaments representen una tercera part de l'activitat del nostre Hospital de Dia. Els tipus de tractaments han estat (taula 1).

Conclusions. 1) Els tractaments representen una tercera part de l'activitat realitzada a Hospital de Dia; 2) Els tractaments mèdics realitzats a L'Hospital de Dia són molts diversos, la majoria d'administració endovenosa, i per l'abordatge d'un ampli ventall de patologies; 3) Pràcticament la meitat de tractaments realitzats en règim d'Hospital de Dia són la in-

sió de Prostaglandines e.v, seguit de l'administració de toxina botulínica s.c, i dels Ac Monoclonals (AntiTNF) i 4) Les especialitats que deriven més pacients per rebre tractaments a Hospital de Dia són Cirurgia Vasculat, Neurologia, Reumatologia, Digestiu i Medicina Interna.

V-31

CALIDAD DE LOS INFORMES DE ALTA EN EL HOSPITAL DE MONTILLA

M. Adarraga Cansino, J. Zambrana García, M. Velasco Malagón, L. Martínez Luque y F. Gavilán Guirao

Medicina Interna. Montilla. Montilla (Córdoba).

Objetivos. Conocer la calidad de los informes de alta hospitalaria (IAH) emitidos por parte de los distintos Servicios del Hospital de Montilla, valorando el grado de cumplimentación de los apartados requeridos por la normativa que regula su elaboración y su utilidad a la hora de realizar una correcta codificación del episodio de ingreso.

Material y métodos. Estudio transversal que incluye 250 IAH seleccionadas de forma aleatoria simple entre todos los 737 ingresos producidos entre diciembre de 2004 y febrero de 2005 en el Hospital de Montilla.

Resultados. Un 83,6% de los IAH analizados fueron catalogados de calidad adecuada en base a la normativa vigente. En 17 de los 250 informes (7,6%) no existía información suficiente del Centro Hospitalario, en 17 (7,6%) la información referente al paciente era incompleta, en 19 (7,6%) no existía información suficiente para entender el proceso asistencial que motivó el ingreso y en 12 casos no se consignó el diagnóstico principal. Además, en 71 informes no reflejaban de forma correcta el diagnóstico principal y secundario, destacando la unidad de medicina interna con un 50% de sus IAH que inducían a infravalorar su casuística.

Conclusiones. Los IAH de nuestro Hospital ofrecen un alto nivel de calidad. Sin embargo, probablemente no reflejen de forma adecuada la casuística que se está atendiendo por falta de una correcta consignación de los diferentes diagnósticos con que cuenta cada paciente.

Taula 1 (V-30)

Tipus tractament	Especialitat	N.º pacients	N.º tractaments	% sobre el total
Prostaglandines e.v.	Cirurgia vascular	8	143	46,12
Toxina botulínica s.c.	Neurologia	3	33	10,6
Anti TNF e.v.	Reumat/Digestiu	19	28	9
Analítiques urgents	MI	18	18	5,8
Aerosolteràpia	MI	10	15	4,8
Transfusions	MI/Pediatria	5	10	3,2
Ciclofosfamida e.v.	MI	2	10	3,2
Flebogamma e.v.	MI	3	9	2,9
Anfotericina B e.v.	MI	2	7	2,25
Sagnies	MI/Digestiu	4	7	2,25
Corticoides e.v.	Endocrinologia	1	4	1,29
Fe e.v.	MI	1	4	1,29
TENS	Anestesiologia	1	4	1,29
Altres/itres	MI	18	18	5,8

V-32

ES DEIXA DE PRESCRIURE LA MEDICACIÓ HABITUAL PER AL RISC CARDIOVASCULAR DURANT UN INGRÉS HOSPITALARI?

P. Reth, R. Boixeda, X. Fernández, E. Vendrell, M. Delgado y A. Felip

Medicina Interna. Consorci Sanitari del Maresme, Mataró. Mataró (Barcelona).

Objectius. Conèixer el número de pacients que no tenen pautat la seva medicació habitual per al risc cardiovascular quan ingressen en un centro hospitalari per un altre motiu.

Material i mètodes. Es tracta d'un estudi prospectiu i observacional per avaluar la falta de prescripció de la medicació habitual del pacient per al risc cardiovascular, en una mostra representativa de pacients, quan ingressen en les unitats d'hospitalització en un hospital comarcal de referència.

Resultats. Durant sis dies consecutius, del 10 al 15 de octubre 2004, es van analitzar una mostra representativa de cada una de las 8 unitats d'hospitalització del nostre hospital, avaluant un total de 171 pacients ingressats, dels quals 97 eren dones i 74 homes, amb una edat mitja de 59,91 (\pm 22,98) anys. Dels 171 pacients estudiats, en 53 casos (31%) no s'havia pautat algun dels tractaments habituals que prenen prèviament al seu ingrés actual, a pesar de no presentar cap contraindicació pel manteniment d'aquest tractament. D'aquests, 42 corresponen a la medicació relacionada amb el risc cardiovascular, 20 dels quals era per a la HTA, 15 pelm tractament de la dislipèmia i 7 per una cardiopatia isquèmica o insuficiència cardíaca.

Conclusions. Un 30% dels pacients ingressats no tenien pautat la seva medicació habitual durant l'ingrés hospitalari, a pesar de no tenir cap contraindicació. Crida l'atenció que en la majoria dels casos falta la medicació relacionada amb el risc cardiovascular. Haurem d'insistir en la importància i en la necessitat de mantenir la medicació pel risc cardiovascular durant un ingrés hospitalari, sempre que no hi hagi cap contraindicació.

V-33

UTILIZACIÓ DE TROPONINA T EN LA PRÀCTICA CLÍNICA

J. Grau Amorós¹, C. Vilaplana Pérez², L. San Vicente Urondo¹, D. Arévalo Navarrete¹, J. Borrás Suárez³ y B. Pascual Arce⁴

¹Medicina. ²Anàlisi Clínics. ³Urgències. ⁴Farmacia. Hospital Municipal de Badalona. Badalona (Barcelona).

Objetivos. Valorar la adherencia de los clínicos a las recomendaciones de uso de troponina T establecidos en el manual clínico de manejo del dolor torácico en el área de urgencias.

Material y métodos. Revisión retrospectiva de todas las determinaciones de troponina T realizadas durante el año 2003, cotejándolas con el diagnóstico principal al alta desde urgencias u hospitalización. Para ello, utilizamos las bases de datos del laboratorio y del servicio de documentación y archivo del hospital; recogiendo los datos de identificación, el diagnóstico principal y la fecha de asistencia. Consideramos adecuada la determinación de troponina si el episodio asistencial era diagnosticado de dolor torácico o precordial, angor, síndrome coronario o infarto de miocardio de cualquier localización.

Resultados. Durante el año del estudio se realizaron 54.643 urgencias y 9.176 altas. Fueron solicitadas 2.069

determinaciones de troponina (tabla). El 89% fueron cursadas desde urgencias y el 11% de pacientes hospitalizados por cualquier causa. Casi la cuarta parte de las determinaciones no se relacionaron con los diagnósticos aceptados para su solicitud en los protocolos vigentes. El 64% de las determinaciones se efectuaron por dolor torácico y la cardiopatía isquémica aguda fue el motivo del 12% de las solicitudes.

Determinaciones de troponina

	N	%
Nº urgencias	54.643	—
Nº altas	9.176	—
Determinaciones	2.069	—
Hospitalización	231	11,2
Urgencias	1.838	88,8
Asistencias con diagnóstico relacionado	1.560	—
Dolor torácico	1.307	63,17
Síndrome coronario	173	8,36
IAM	80	3,87
Pacientes con diagnóstico	1.360	—
Determinaciones sin diagnóstico relacionado	509	24,60

Discusión. El porcentaje de uso no justificado puede estar infravalorado por dos motivos: primero, no consideramos el tiempo desde el inicio de los síntomas porque este dato no siempre está disponible en los registros de urgencias y porque su valor puede encontrarse elevado antes de las 4 horas; segundo, no descartamos las determinaciones seriadas si el primer valor ya estaba elevado aunque estrictamente el manual no aconseja dicha práctica. Por el contrario, en el contexto de la insuficiencia cardíaca, la sepsis, el fallo renal, el accidente vascular cerebral, la embolia pulmonar y el paciente crítico, la troponina ha mostrado valor predictivo para mortalidad y no investigamos si en algunos de los casos dados como no indicado, el clínico razonaba su petición por hallarse en una de estas situaciones clínicas.

Conclusiones. Una cuarta parte de las determinaciones de troponina están fuera del contexto clínico en el que se fundamentó su introducción en la clínica.

V-34

SÍNDROMES DE FIEBRE PERIÓDICA HEREDITARIA Y ENFERMEDAD DE BEHÇET ¿ESTAN REALMENTE ASOCIADAS?

G. Espinosa, G. de la Red, J. Reverter, A. Bové, R. Cervera, F. Carmona y J. Font
Malalties Sistèmiques. Clinic. Barcelona.

Objetivos. Analizar en una cohorte de 110 cromosomas correspondientes a 55 pacientes con EB originarios de un área mediterránea específica las mutaciones más prevalentes de MEFV y TNFRSF1A. Todos los pacientes cumplían tres o más criterios del Grupo Internacional para el Estudio de la EB. Además, también analizamos 200 cromosomas pertenecientes a 100 individuos sanos.

Material y métodos. El DNA de las muestras de sangre total se aisló utilizando el QIAmp DNA Blood Mini Kit siguiendo las instrucciones del fabricante. En todos los cromosomas se realizó un screening inicial de los exones 10, 2 y 5 del gen del MEFV y de los exones 2 y 5 del TNFRSF1A.

Las regiones exónicas e intrónicas se amplificaron mediante PCR y fueron automáticamente secuenciadas.

Resultados. Las mutaciones heterocigotas del MEFV (M694I y K695R) aparecieron en 2 (3,6%) pacientes con EB y en ninguno de los controles (p no significativa). El polimorfismo R202Q estuvo presente en 25,4% de los cromosomas de la EB y en 23,5% de los controles (p no significativa). En referencia al gen TNFRSF1A, la mutación R92Q localizada en el exón 4, apareció en estado heterocigoto en el 1,8% de los cromosomas de la EB y en un 3,3% de los controles (p no significativa). No encontramos ninguna asociación entre las manifestaciones clínicas y la presencia del polimorfismo o de las mutaciones.

Discusión. La Fiebre Mediterránea Familiar (FMF) y el Síndrome Periódico Asociado al TNF (TRAPS) son dos síndromes de fiebre periódica hereditaria debidas a mutaciones en los genes MEFV y del receptor tipo 1 del TNF (TNFRSF1A), respectivamente. Recientemente, se ha relacionado la FMF y la enfermedad de Behçet (EB). Por una parte, en Israel se ha descrito una mayor prevalencia de EB entre los pacientes de FMF comparados con la población general. Por otra parte, en Francia se ha descrito una asociación de ciertas mutaciones del MEFV y la EB en pacientes de orígenes étnicos diferentes. Nuestro estudio demuestra que ni la FMF ni el TRAPS están genéticamente asociadas con la EB en nuestra cohorte de pacientes. La discordancia de resultados con los anteriores trabajos puede ser debida al diferente origen étnico de las poblaciones estudiadas. Además, en aquéllas es posible que la relación entre FMF y EB sea debida más al grupo étnico al que pertenecían los pacientes que a la propia FMF.

Conclusiones. En nuestro medio, la FMF y la TRAPS no están genéticamente asociadas con la EB. La baja tasa de portadores de mutaciones en los genes MEFV y TNFRSF1A en nuestra población puede explicar esta falta de correlación.

V-35

ANÀLISI DELS ERRORS RELACIONATS AMB LA MEDICACIÓ ABANS DE LA IMPLANTACIÓ DE LA PRESCRIPCIÓ MÈDICA INFORMATITZADA

P. Reth¹, R. Boixeda¹, X. Fernández¹, A. García², R. Vila², M. Ahicart³, X. Fabregas⁴ y T. Gurrera⁴

¹Medicina Interna. ²Infermeria. ³Informàtica. ⁴Farmàcia. Mataró. CSM. Mataró (Barcelona).

Objectius. Els errors relacionats amb la medicació son de causa multifactorial i multidisciplinar que desencadenen events adversos, condicionant un risc per a la salut dels nostres pacients. La majoria dels errors relacionats amb la medicació son previsibles i per tant prevenibles. Cal un anàlisi de tot el procés relacionat amb la medicació, des de la prescripció, passant per la transcripció de l'ordre mèdica, la dispensació, la preparació fins a l'administració. Objectiu: anàlisi de la incidència dels errors de la medicació mitjançant mètodes d'observació directa durant tot el procés de la medicació a l'Hospital de Mataró. S'analitzen les causes i desencadenants dels errors i s'avaluen estratègies de correcció i prevenció.

Material i mètodes. S'ha realitzat un estudi transversal, observacional i multidisciplinar a les 8 unitats d'hospitalització els dies 3, 10 i 13 de maig del 2004. Tot el procés de la medicació va ser avaluat i es van recollir les dades de forma específica per cadascuna de les fases relacionades. Mèdic: re-

visió de les ordres mèdiques. Farmàcia: avaluació de la transcripció de l'ordre mèdica manual a farmàcia, de la dispensació de la medicació i finalment les uni-dosis de medicació retornades. Infermeria: observació directa de la preparació i administració medicamentosa.

Resultats. L'observador de l'àrea mèdica va avaluar 868 línies de medicació d'un total de 124 pacients, detectant un total de 6,22% d'errors. Els errors detectats corresponien a errors d'indicació, de dosi, via d'administració o prescripció incompleta. La majoria és atribuïble a lletres il·legibles i falta d'ajustament de la dosi per insuficiència renal. El departament de farmàcia va analitzar 1.940 línies de noves prescripcions de 542 ordres mèdiques, detectant un 3,5% d'errors de transcripció, essent més freqüent els errors de duració i ordres mèdiques incompletes o il·legibles. De les 485 uni-dosis retornades 72 van ser classificades com errors al no ser justificades. El departament d'infermeria a través d'infermeres observadores van analitzar la preparació i administració de 1.887 medicaments, reportant un 11,5% (217) d'errors, la majoria dels quals degut a l'omissió de l'administració o en temps equivocats. De tots els errors detectats la gran majoria no va arribar al pacient (97%, categoria B) i el 3% restant no va causar dany (categoria C).

Discussió. Aquest estudi prospectiu demostra la incidència i els tipus d'errors de medicació més prevalent. Els nostres resultats demostren un increment de la detecció dels errors de medicació comparat amb el sistema de notificació voluntària informatitzat implantat a l'any 2001 en l'Hospital de Mataró. En els 3 dies d'observació directe es van detectar uns 403 errors, comparat amb només 150 errors comunicats en el període 2001-2003.

Conclusions. Cal crear "Comitès de Prevenció d'Errors de Medicació" en els centres hospitalaris per abordar les estratègies de detecció, anàlisi i prevenció dels errors de medicació. La majoria dels errors detectats son previsibles i per tant prevenibles, sobretot els relacionats amb les lletres il·legibles i prescripcions incompletes a través de dispositius informatitzats. Cal avaluar la necessitat de desenvolupar i implantar sistemes de prescripció i administració medicamentosa informatitzats en l'àmbit de la salut. Actualment, l'Hospital de Mataró, està iniciant la implantació de la prescripció mèdica informatitzada a través d'un equip multidisciplinar, en el que intervé personal d'informàtica, de farmàcia, d'infermeria i mèdica.

V-36

INTOXICACIONES AGUDAS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS. PERFILES DE USUARIO MÁS FRECUENTES

M. Orriols Caba¹, J. Villar García¹, L. García Gibert¹, M. Iglesias Lepine², M. López Casanovas², S. Mínguez Maso², J. Echarte Pazos² y A. Díez Pérez¹

¹Medicina Interna. ²Urgencias. Hospital del Mar. Barcelona.

Objetivos. Analizar las intoxicaciones agudas que acuden al Servicio de Urgencias (UCIAS), y definir los perfiles de usuario más frecuentes en nuestra área de influencia.

Material y métodos. Estudio retrospectivo de las intoxicaciones agudas en UCIAS, con exclusión del Área de Pediatría (< 15 años), desde el 1/1/2003 al 30/6/2003. Se diseñó una hoja de recogida de datos y se revisaron todas las asistencias clínicas, analizándose las características epidemiológicas, el tipo de tóxico y el proceso asistencial.

Resultados. 1) Epidemiología: generalidades: número de urgencias: 38.027. Número de casos: 396 (1,04%). Edad media 33,8 ± 15. Sexo: 53,5% hombres. Tipo intoxicación aguda: drogas abuso (65,4%), tentativa autolítica (27,8%), accidente casual (6,3%) y accidente laboral (0,5%). Deliberadas: n.º casos: 110 (0,3%). Edad media 37,2 ± 14. Sexo: 60,9% mujeres. Día máxima frecuentación: lunes (24,5%). Período máxima afluencia: 18-24 h (42,7%). Medio de traslado: sistema sanitario de atención extrahospitalario (67,3%). Lugar intoxicación: domicilio (84,5%). Modo obtención: medicación habitual (70,9%). Intoxicaciones previas: 47,3%. Antecedentes psiquiátricos: 75,5%. Fármacos más frecuentes: BZD (90%), AD (29%) y NRL (12,7%). Asociados alcohol: 31,8%. N.º fármacos/intoxicación: 1 (32,7%), 2 (32,7%) y 3 (17,3%). Vía entrada: digestiva (96,4%). Estancia UCIA: > 12 h (49,1%). Por drogas abuso: n.º casos: 259 (0,7%). Edad media 30,3 ± 12. Sexo: 61,4% hombres. Día máxima frecuentación: domingo (25,1%). Período máxima afluencia: 24-6 h (42,8%). Medio traslado: sistema sanitario de atención extrahospitalario (70,3%). Lugar intoxicación: vía/local público (83%). Modo obtención: compra (70,9%). Intoxicaciones previas: 39,8%. Antecedentes psiquiátricos: 30,5%. Drogas que confirmaron haber consumido: alcohol puro (35,9%), éxtasis líquido (28,6%), cocaína (22,8%), heroína (13,4%). Drogas asociadas alcohol: 33,2%. N.º drogas/intoxicación: 1 (56,8%) y 2 (26,3%). Vía entrada: digestiva (82,2%). Estancia UCIA: < 12 h (73,7%); 2) Clínica: deliberadas: asintomáticos (31,8%) y sintomáticos [respiratorios (97,3%) y neurológicos (50%)]. Por drogas abuso: asintomáticos (4,2%) y sintomáticos [neurológicos (58,3%) y trastornos conducta (38,6%)]; 3) Diagnóstico: eeliberadas: anamnesis (94,5%); clínica (44,5%); analítica (35,5%): [análisis cuantitativo alcohol/sangre (15/32), cualitativo fármacos/orina: ATD (0/24) y BDZ (39/52) y cualitativo drogas/orina (n.º peticiones: 41,8%): PCP (7/46 = falsos +), THC (6/46), COC (4/46), MOR (0/46), AMP (0/46) y MET (0/46)]; respuesta al antídoto (18,2%). Por drogas abuso: anamnesis (93,8%); clínica (66%); analítica (28,6%): [análisis cuantitativo alcohol/sangre (60/74), cualitativo fármacos/orina: ATD (0/14) y BDZ (20/58) y cualitativo drogas/orina (n.º peticiones: 30,8%): COC (32/80), THC (22/80), MOR (22/80), MET (4/80), PCP (2/80) y AMP (1/80)]; respuesta al antídoto (7,7%) y 4) Tratamiento: deliberadas: sintomático (47,3%), carbón activado (37,3%) y uso de antídotos (30%). No precisó tratamiento (23,6%). Valoración psiquiátrica: 86,4%. Por drogas abuso: no precisó tratamiento (49,8%) y sintomático (46,3%). Valoración psiquiátrica: 18,5%.

Conclusiones. Las drogas de abuso fueron las intoxicaciones agudas más frecuentes que requirieron asistencia médica en nuestra serie. Existen dos perfiles de usuarios intoxicados: Por tentativa autolítica: mujer en la cuarta década, que ingiere su propia medicación, habitualmente benzodiazepinas, por vía digestiva, en su domicilio. Es trasladada al Servicio UCIA, por medio del sistema sanitario de asistencia extrahospitalario, entre las 18-24 h, por sintomatología respiratoria y neurológica. Precisa tratamiento con carbón activado y antídotos. Permanece > 12 h en UCIA, requiriendo valoración psiquiátrica. Por drogas de abuso: hombre en la tercera década, que consume alcohol y/o éxtasis líquido, con fines recreativos, por vía digestiva, en un lugar público, el fin de semana. Es trasladado al Servicio UCIA, por medio del sistema sanitario de asistencia extrahospitalario, entre las 24-6 h, por sintomatología neurológica y trastornos de conducta. No precisa tratamiento específico y permanece < 12 h en UCIA.

V-37

PERFILES DE USUARIO MÁS FRECUENTES EN LAS INTOXICACIONES AGUDAS POR DROGAS DE ABUSO EN URGENCIAS

J. Villar García¹, L. García Gibert¹, M. Orriols Caba¹, M. Martínez Izquierdo², F. del Baño López², M. Iglesias Lepine², J. Echarte Pazos² y A. Díez Pérez¹

¹Medicina Interna. ²Urgencias. Hospital del Mar. Barcelona.

Objetivos. Analizar las intoxicaciones agudas por drogas de abuso-legales e ilegales - que acuden al Servicio de Urgencias (UCIAS), y definir los diferentes perfiles de usuario en nuestra área de influencia.

Material y métodos. Estudio retrospectivo de las intoxicaciones agudas por drogas de abuso en UCIA, con exclusión del Área de Pediatría (< 15 años), desde el 1/1/2003 al 30/6/2003. Se diseñó una hoja de recogida de datos y se revisaron todas las asistencias clínicas, analizándose las características epidemiológicas, el tipo de tóxico y el proceso asistencial.

Resultados. 1) Epidemiología: generalidades: N.º urgencias: 38.027. N.º casos: 259 (0,7%). Edad media 30,3 ± 12. Sexo: 61,4 % hombre. Por drogas abuso ilegales: n.º casos: 164 (63,3%). Edad media: 27,6 ± 0,8. Sexo: 64% hombres. Día máxima frecuentación: domingo (28%) Máxima afluencia: 24-6 h (43,9%). Medio traslado: ambulancia (73,8%). Lugar: vía/local público (88,4%). Modo obtención: compra (89,6%). Tipología: consumidor habitual (48,8%). Intoxicaciones previas: 38,4%. Antecedentes psiquiátricos: 26,2%. Consumo reconocido: GHB (44,5%), cocaína (36%), heroína (17,7%), cannabis (15,9%), benzodiazepinas (14%), éxtasis comprimidos (9,1%), metadona (5,5%), anfetaminas (1,8%), ketamina (1,8%), LSD (0,6%), PCP (0,6%) y cola (0,6%). Asociadas a alcohol: 51,8%. N.º drogas/intoxicación: 2 (41,5%), 1 (32,5%), 3 (16,5%) y 4 (6,1%). Vía entrada: digestiva (75,6%) e inhalada (34,8%). N.º vías de uso: 1 (75,6%) y 2 (22%). Estancia: < 12 h (74,4%). Por alcohol puro: n.º casos: 95 (36,7%). Edad media: 34,8 ± 1,4. Sexo: 54% hombres. Día máxima frecuentación: jueves (21,1%) y domingo (20%). Máxima afluencia: 24-6 h (41%). Medio traslado: ambulancia (64,2%). Lugar: vía/local público (73,7%). Modo obtención: compra (96,8%). Tipología: alcohólico crónico [no (41,1%) y si (37,9)]. Intoxicaciones previas: 42,1%. Antecedentes psiquiátricos: 37,9%. Vía entrada: digestiva (100%). Estancia: < 12 h (72,6%); 2) Clínica: por drogas abuso ilegales: asintomáticos (6,7%) y sintomáticos: neurológicos (68,9%) escala de Glasgow < 9: 27,6%; pupilas: midriasis [42,4%] y miosis [27,3%], trastornos conducta (26,2%), respiratorios (11,6%), cardiovasculares (9,8%) y digestivos (9,8%). Por alcohol puro: asintomáticos (0%) y sintomáticos: trastornos conducta (60%), neurológicos (40%) (escala de Glasgow > 9: 98,6%; pupilas: medias [72,6%]) y digestivos (15,4%); 3) Diagnóstico: Por drogas abuso ilegales: anamnesis (92,1%); clínica (64,6%); analítica (31,1%): [análisis cuantitativo alcohol/sangre [32/46], cualitativo fármacos/ orina: BDZ [20/37] y cualitativo drogas/orina [n.º peticiones: 37,8%]: COC [32/62], THC [22/62], MOR [22/62], MET [4/62], PCP [2/62] y AMP [1/62]]; respuesta al antídoto (12,2%). Por alcohol puro: anamnesis (96,8%); clínica (68,4%) y analítica (29,5%): análisis cuantitativo alcohol/sangre (28/28), cualitativo fármacos/ orina BDZ (0/21) y cualitativa drogas/orina (n.º peticiones: 18,9%): COC (0/18), THC (0/18), MOR (0/18), MET (0/18), PCP (0/18) y AMP (0/18)] y 4) Tratamiento: Por drogas abuso ilegales:

no precisó tratamiento (50%), sintomático (43,9%) y uso de antídoto (15,9%): (naloxona [13,4%] y flumazenilo [8,5%]). Valoración psiquiátrica: 11,6%. Por alcohol puro: no precisó tratamiento (49,5%) y sintomático (50,5%). Valoración psiquiátrica: 30,5%.

Conclusiones. El consumo de drogas de abuso ilegales-éxtasis líquido y cocaína - asociadas a alcohol, son las intoxicaciones agudas más frecuentes. Existen dos perfiles: por alcohol puro: hombre de 34 años, consumidor habitual, con fines sociales, por vía digestiva, en un lugar público, cualquier día de la semana. Es trasladado en ambulancia entre las 24-6 h, por trastornos de conducta, sintomatología neurológica y digestiva. No precisa tratamiento específico y permanece < 12 h. Por drogas ilegales: hombre de 27 años pluriconsumidor habitual, asociado a alcohol, con fines recreativos, por vía digestiva e inhalada, en un lugar público, el fin de semana. Es trasladado en ambulancia, entre las 24-6 h, por pluri-sintomatología asociada-neurológica, trastornos de conducta, respiratoria, cardiovascular y digestiva. No precisa tratamiento específico y permanece < 12 h.

V-38

FIBROSI RETROPERITONEAL IDIOPÀTICA: A PROPÒSIT DE 5 OBSERVACIONS

R. de Ribot¹, M. Espinosa¹, J. Oristrell¹, M. Rey², J. Prats³ y A. Nogueras¹

¹Medicina Interna. ²Patologia. ³Urologia. Hospital de Sabadell. Sabadell (Barcelona).

Objectius. La fibrosi retroperitoneal idiopàtica (FRI) és una entitat poc freqüent en el nostre medi. L'objectiu d'aquest estudi és la revisió retrospectiva dels casos diagnosticats de FRI en el nostre hospital durant els darrers 15 anys.

Material i mètodes. Revisió retrospectiva de les històries clíniques de malalts diagnosticats de FRI, amb confirmació histològica, en els darrers 15 anys (1989-2004) en el nostre hospital exclouent els casos de fibrosi secundària. Anàlisi de característiques clíniques, mètodes diagnòstics, tractament i evolució dels pacients.

Resultats. Es diagnosticaren 5 pacients de FRI confirmada histològicament (4 homes i 1 dona), amb edats entre 32 i 60 anys. El símptoma més comú fou dolor a nivell lumbosacre de predomini nocturn (4 de 5 pacients), amb HTA recent en 3 casos i símptomes constitucionals en 2. Tres malalts desenvoluparen hidronefrosi (un d'ells bilateral i amb insuficiència renal aguda), 2 dels casos trombosi venosa profunda per compressió de v cava, 1 pacient colostasi per englobament del colèdoc, un altre edema escrotal i un darrer dolor toràcic per fibrosi mediastínica. Cap pacient presentava antecedents de consum de fàrmacs en relació a aparició de fibrosi retroperitoneal, arteriosclerosi obliterant o aneurisma d'aorta. El diagnòstic es sospita per clínica i sobretot pel TAC oferint una imatge típica d'engruiment de parts toves al llarg de l'aorta abdominal i en alguns casos compressió d'estructures adjacents. La confirmació histològica fou per laparotomia (2 casos), biòpsia laparoscòpica (1), cavografia i punció transcava (1) i punció-biòpsia mitjançat CREP (1). El retràs en el diagnòstic fou de 2 a 5 mesos des d'inici de la clínica, motivant múltiples consultes mèdiques. El tractament consistí en implantació de catèter doble J a 2 pacients amb hidronefrosi i cirurgia de derivació de via biliar al pacient amb colostasi. Foren tractats amb glucocorticoides els pacients amb dolor lumbosacre amb reactants de fase aguda i/o símptomes constitucionals (1 mg/kg/d). Presentaren milloria clínica

i radiològica en tots els casos, requerint dosis baixes de manteniment de prednisona per a control adequat dels símptomes. El seguiment mig fou 40,7 mesos. En 2 pacients es produí l'anulació funcional d'un ronyó al debut de la malaltia. Cap cas ha evolucionat a insuficiència renal crònica. Un pacient requeri blocatge anestèsic del plexe celiac per a control del dolor. Cap pacient rebé immunosupressors.

Discussió. La FRI és una entitat infreqüent en el nostre medi. Tot i les limitacions d'un estudi retrospectiu, la incidència aproximada detectada és de 0,10-0,15 casos per 100.000 habitants i any, lleument inferior a xifres observades en països del nostre entorn. Les característiques clíniques dels nostres pacients foren similars a les descrites en sèries prèvies: predomini de sexe masculí, debut amb dolor lumbosacre i símptomes constitucionals, freqüent afectació ureteral i ocasionals complicacions vasculares. Com en sèries anteriors, la clínica i el TAC suggeriren el diagnòstic. A diferència d'anteriors descripcions, la confirmació histològica s'obtingué sovint per mètodes diferents a la laparotomia convencional. En relació al tractament, el nostre abordatge fou conservador, amb ús de corticoides a dosis altes i catèter doble J en casos d'hidronefrosi. No s'utilitzaren immunosupressors ni ureterolisi quirúrgica. Els resultats obtinguts, amb 2/10 ronyons no funcionants després de 40,7 mesos de seguiment mitjà, foren superiors als obtinguts en diverses sèries clàssiques de la literatura.

Conclusions. 1) La FRI és una entitat poc freqüent en el nostre medi. Els trets clínics dels nostres pacients són similars als descrits en la literatura; 2) El diagnòstic de FRI es sospita per clínica i les imatges del TAC; 3) La confirmació histològica, a diferència de la majoria de sèries, s'obtingué en molts casos per mètodes alternatius a la laparotomia; 4) Els corticoides foren útils per al control de la malaltia, sent necessari mantenir dosis baixes de forma crònica i 5) Segons la nostra experiència, el major risc d'anulació funcional renal és al debut de la malaltia, pel que un alt índex de sospita i un diagnòstic precoç poden ser útils per a preservar la funció renal.

V-39

MICROORGANISMES MULTIRESISTENTS I HOSPITALITZACIÓ A DOMICILI

M. Vila i Vall-llovera, I. Cañas i Alcántara, J. Cuquet i Pedragosa y S. Montull i Morer

Medicina Interna. Hospitalització a Domicili. Hospital General de Granollers. Granollers (Barcelona).

Objectius. Analitzar l'experiència de la nostra Unitat d'Hospitalització a Domicili (UHAD) en el maneig dels microorganismes multiresistents. Comparar el perfil d'aquests microorganismes amb els aïllats a l'hospitalització convencional.

Material i mètodes. Estudi descriptiu i retrospectiu dels pacients portadors de microorganismes multiresistents ingressats a la UHAD entre novembre del 2002 i març del 2005; analitzant les característiques dels pacients, del microorganisme, la seva localització i el tractament rebut.

Resultats. Dels 652 pacients ingressats entre novembre del 2002 i març del 2005, 29 (4,44%) eren portadors d'algun microorganisme multiresistent. L'edat mitja d'aquests pacients era de 69,5 ± 8 anys, 11 (37%) eren dones. La procedència era variada: 13 de la planta de Medicina Interna, 5 de consultes externes, 3 d'urgències, 4 de planta de Cirur-

gia, 3 de Geriatria i 1 de planta de Traumatologia. En total es van aïllar 31 microorganismes multiresistents (dos pacients eren portadors de 2 bacteris diferents): 22 *Pseudomonas aeruginosa* (71%): 19 en esput, 2 en orina i 1 en ferida quirúrgica; 6 *Staphylococcus aureus* resistents a meticil.lina (SARM) (19,4%): 3 en úlceres, 2 a esput i 1 a ferida quirúrgica; 1 *Acinetobacter baumannii* (3,2%) a úlcera; 1 *Escherichia coli* productor de betalactamases d'aspectre ampliat (BLEA) (3,2%) a orina i 1 *Stenotrophomonas maltophilia* (3,2%) a esput. En 19 d'aquests malalts es va considerar que el bacteri era causant d'infecció i van rebre tractament antibiòtic: endovenós 11 pacients (57,9%) (ceftazidima, amikacina, piperacil.lina-tazobactam, imipenem, meropenem i tobramicina cada 8 o 12 hores), nebulitzat 4 pacients (21%) (gentamicina i tobramicina cada 12 hores), via oral 4 pacients (21%) (ciprofloxacina, cotrimoxazol i rifampicina). En tots els pacients es van seguir les mesures d'aïllament segons el protocol hospitalari per cada tipus de colonització/infecció. L'estada mitja d'aquests pacients a la UHaD va ser de 11,2 ± 6 dies, generant 315 estades. Comparant amb la taxa de portadors de microorganismes multiresistents, a la UHaD és d'un 4,44% (80,6% correspon a bacils gram negatiu (BGN) no fermentadors) i en el nostre centre (hospitalització convencional) d'un 0,87% (18% BGN no fermentadors).

Conclusions. La infecció/colonització per microorganismes multiresistents té una incidència elevada en els ingressos a la nostra unitat. La UHaD pot garantir les correctes mesures d'aïllament i el tractament antibiòtic necessari per a la majoria d'aquestes infeccions. El perfil de microorganismes multiresistents de la UHaD és diferent del de les plantes d'hospitalització convencional: en aquestes hi ha un clar predomini de SARM i en la HaD destaquen els BGN no fermentadors que són derivats a la unitat per a iniciar o completar el tractament antibiòtic.

V-40

SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO (DELIRIUM) EN PACIENTES ANCIANOS: DIFERENCIAS ENTRE EL ENTORNO HOSPITALARIO Y EL ENTORNO SOCIOSANITARIO

M. Pi-Figueras Valls, R. Miralles Basseda, A. Aguilera Zubizarreta, T. Carrillo Torras y A. Cervera Alemany

Servicio de Geriatria. Centro Geriátrico Municipal. Hospital del Mar y Hospital de la Esperanza. Barcelona.

Objetivos. Comparar la prevalencia y características del delirium en el entorno hospitalario (EH) (hospital de agudos y unidad de postagudos-convalecencia) y el entorno sociosanitario (ES) (unidad de larga estancia).

Material y métodos. Se analizaron 213 pacientes, 124 (58,2%) en EH y 89 (41,7%) en ES, edad media 77,2 ± 11,2 años, 110 (51,6%) eran mujeres y 103 (48,3%) hombres. El *Confusion Assessment Method* (CAM) fue el instrumento utilizado para la detección de delirium. Factores predisponentes analizados: demencia previa, enfermedad de base grave, depresión, delirium previo, deterioro sensorial, deterioro de la capacidad funcional previo, deshidratación y desnutrición. Factores precipitantes: cirugía mayor-UCI, descompensación cardio-respiratoria, infección aguda, descompensación metabólica-anemia, fármacos psicotropos, otros fármacos, dolor intenso y cambio de entorno.

Resultados. Un total de 48 pacientes (22,5%) desarrollaron delirium, de los cuales 35 (72,9%) fueron en el EH y 13 (27,1%) en el ES (chi = 5,505; p < 0,02). En el EH el 71,4% de los delirium se inició antes del ingreso versus el 15,3% en el ES (chi = 12,098; p < 0,01). El 84,6% de los delirium de ES se presentaron durante el ingreso vs el 29,4% en el EH (chi = 11,595; p < 0,01). Los factores predisponentes significativamente más frecuentes en ES fueron: enfermedad de base grave (92,3% vs 62,8%) (chi = 3,980; p < 0,05), existencia de delirium previo (53,8% vs 22,8%) (chi = 4,237; p < 0,04) y el deterioro previo de la capacidad funcional (92,3% vs 40,0%) (chi = 10,447; p < 0,01). El único factor precipitante significativamente más frecuente en ES fue la administración de fármacos psicotropos (100% vs 71,4%) (chi = 4,692; p < 0,04). La media de número de factores predisponentes de delirium fue superior en ES (4,9 ± 1 vs 3,6 ± 1). Los factores precipitantes más frecuentes en EH fueron la cirugía mayor-UCI (37,1% vs 0%) (chi = 6,622; p < 0,02) y la descompensación metabólica-anemia (68,5% vs 38,4%) (chi = 3,594; p < 0,05). No hubo diferencias significativas al comparar el resto de factores predisponentes y precipitantes estudiados.

Conclusiones. 1) Los pacientes en el ES son más vulnerables a desarrollar delirium por tener mayor número de factores predisponentes; a pesar de ello la prevalencia de delirium fue inferior que en EH; 2) Los factores desencadenantes (precipitantes) de delirium son diferentes según el nivel asistencial; en EH predominan los relacionados con cirugía reciente y descompensaciones metabólicas, mientras que en ES se relaciona más con los fármacos psicotropos y 3) Estas diferencias deben ser tenidas en cuenta por el médico a la hora de tomar decisiones clínicas en función del nivel asistencial en el que esté.

V-41

PREVALENCIA DE ENFERMEDADES AUTOINMUNES SISTÉMICAS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

O. Aguado Lorenzo, F. Fernández Monras, M. Martínez, C. Villasenín, N. Parra, C. Fornós, R. Salas, R. Coll, J. Delas y F. Rosell Abaurrea

Medicina Interna. Hospital Sagrat Cor. Barcelona.

Objetivos. Las enfermedades sistémicas autoinmunes (EAS) son un grupo de entidades que se caracterizan por la alteración del tejido conjuntivo como consecuencia de fenómenos de autoinmunidad. Pueden afectar a cualquier órgano y en general su diagnóstico es complejo y su evolución, muchas veces, rápida y fulminante. Esto hace que en la práctica clínica se deban tomar con frecuencia difíciles decisiones en cuanto a la indicación de tratamientos agresivos y urgentes. Con el presente estudio, pretendemos describir la prevalencia de este tipo de enfermedades en un hospital universitario de 350 camas.

Material y métodos. Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes con enfermedades autoinmunes sistémicas, atendidos en consultas de Medicina Interna. Los pacientes se reclutaron entre los atendidos en un hospital de 350 camas, de referencia de un sistema sanitario de 250.000 habitantes adscritos a una mutualidad y unas 250.000 personas beneficiarias de la Seguridad Social, de su área de influencia en Barcelona.

Resultados. Desde 1998 hasta diciembre del 2003 se han diagnosticado un total de 281 enfermedades autoinmunes distribuidas de la siguiente forma: LES 30, síndrome antifosfolipídico primario 2, enfermedad de Sjögren 41, polimialgia reumática 60, arteritis de la temporal 74, esclerosis sistémica 5, vasculitis: Behçet 6 Wegener 3 PAN 4 Vasculitis aislada SNC 1, Sarcoidosis 21 Raynaud 23 Dermatomiositis 3 EMTC 8. Generando 267 ingresos que corresponden a un total de ingresos hospitalarios.

Conclusiones. Comunicamos la prevalencia de las distintas entidades de ESA diagnosticadas en nuestro servicio de Medicina interna.

V-42

APLICACIÓ DE L'ULTRASONOGRAFIA EN EL DIAGNÒSTIC DE L'ARTERITIS DE L'ARTERIA TEMPORAL

J. Pérez-López¹, R. Solans¹, R. Delgado², C. Molina², J. Bosch¹, J. Álvarez², A. Selva¹ y M. Vilardell¹

¹Medicina Interna. ²Neurología. Hospital Vall d'Hebron. Barcelona.

Objectius. El diagnòstic de l'arteritis de Horton (ACG) requereix sempre que sigui possible la realització d'una biòpsia a l'artèria temporal que confirmi el diagnòstic de vasculitis, petita intervenció que no està lliure de riscos com la paràlisi facial o la isquèmia del cuir cabellut. En aquest treball examinem l'aplicació de l'ultrasonografia en el diagnòstic de la malaltia de Horton.

Material i mètodes. Es van examinar 52 malalts, de entre 64 i 93 anys, amb una mitja d'edat de 77,6 anys. Aplicant els criteris diagnòstics estàndards, 34 d'ells patien la malaltia de Horton (23 confirmats per biòpsia), 12 tenien polimialgia reumàtica, i 6 tenien altres diagnòstics. Tots ells van ser examinats simultàniament per Doppler color i ultrasonografia tipus duplex, amb escàner lineal d'alta resolució (L, 10 a 5; 10 a 5 MHz, longitud d'escàner de 38 mm; ATL Ultramark 9 HDI, Advanced Technology Laboratories, Bothell, Wash) estudiant fonamentalment l'existència d'halo i/o estenosis a les artèries temporal i oftàlmica. L'examinador desconeixia l'orientació diagnòstica. A tots se'ls hi va practicar una biòpsia de l'artèria temporal.

Resultats. Es va trobar una clara relació entre el diagnòstic clínic de malaltia de Horton i la positivitat histològica, i entre ambdós paràmetres i la presència d'halo i estenosis a les artèries temporal i oftàlmica. La relació va ésser estadísticament significativa en el cas de la presència d'halo i no en el cas de la presència d'estenosis. En aquest sentit, la presència d'halo a la paret de l'artèria temporal tindria una sensibilitat del 56%, una especificitat del 77%, un valor predictiu positiu del 50% i un valor predictiu negatiu del 81%.

Conclusions. Davant d'un malalt amb sospita de ACG, si la realització de la biòpsia és difícil o no és conclouent, la presència d'halo en el duplex de l'artèria temporal recolza el diagnòstic i l'inici de corticoteràpia a dosis altes. Així mateix, si la clínica es poc suggestiva de ACG, l'absència d'halo a l'artèria temporal permet descartar l'existència d'arteritis. Altrament, davant un malalt amb clínica de polimialgia reumàtica, la presència d'halo a l'artèria temporal obliga a realitzar una biòpsia de la mateixa per descartar ACG. Per últim, el duplex de l'artèria temporal permet escollir la millor zona per biopsiar i augmenta la sensibilitat diagnòstica de la biòpsia.

V-43

HEMORRÀGIA DIGESTIVA ALTA NO ASSOCIADA A HIPERTENSIÓ PORTAL EN UN HOSPITAL COMARCAL: CARACTERÍSTIQUES I FACTORS DE MAL PRONÒSTIC

J. Romanyá¹, E. Roquer², J. Padrós¹, F. Martínez³, J. Rigau¹, A. Giménez¹ y S. Montull¹

¹Medicina Interna. ²Geriatría. ³Epidemiología. Fundació Hospital Asil General de Granollers. Granollers (Barcelona).

Objectius. Analitzar tots els casos d'hemorràgia digestiva alta (HDA) atesos al nostre hospital i les variables clíniques, analítiques i endoscòpiques associades a una evolució desfavorable.

Material i mètodes. S'analitzen tots els casos d'HDA atesos en el nostre centre de gener 2002 a juny 2004. S'inclouen tots els casos en que l'endoscòpia demostrà lesió hemorràgica activa o recent i/o l'episodi hemorràgic fou constatat per el personal sanitari. S'ha realitzat un anàlisi uni i multivariante de les variables clíniques i endoscòpiques que podrien tenir relació amb una evolució desfavorable, considerada aquesta com persistència, recidiva o mortalitat.

Resultats. En l'estudi descriptiu s'identifiquen 228 casos, amb una edat mitjana de 65 anys \pm 18,8 (17-94 a), 161 homes i 67 dones. Un 57 % dels casos tenien malalties associades, neurològiques les més freqüents (31,5%). Un 22,8% tenien dos o més comorbiditats. Un 6,5% dels malalts prenen anticoagulants orals i un 38% fàrmacs gastrolesius. Un 6% presentaven inestabilitat hemodinàmica en el moment de l'episodi. Varen ingressar 134 casos (58,7%) i 94 van restar a l'àrea d'urgències, d'aquests el 77,6% amb alta precoç en les primeres 24 h. Es van realitzar 191 endoscòpies, 62,8% abans de les 12 hores, essent el diagnòstic principal el d'ulcus duodenal (31,4%), seguit de lesions agudes de la mucosa gàstrica (28,7%) i ulcus gàstric (24,3%). Un 28,2% de les endoscòpies presentaven estigmes d'alt risc (Forrest I i II). De les 191 endoscòpies realitzades, en 52 casos es va realitzar esclerosis (22,8%). El motiu principal de no realitzar l'endoscòpia fou deteriorament cognitiu sever i mal pronòstic vital previ per malalties associades. Un 3,9% dels casos van presentar recidiva i un 4,8% dels casos persistència. En 9 casos (3,9%) va ésser necessària l'intervenció quirúrgica. La mortalitat global fou del 8% (19 casos), amb una mortalitat del 33% en el cas de les recidives i del 54,5% en les persistències. La disfunció multiorgànica per HDA seguit de neoplàsies varen ésser les causes principals de mort. Respecte a l'evolució desfavorable, les variables amb significació estadística són l'inestabilitat hemodinàmica ($p < 0,0006$), edat igual o major a 80 anys ($p < 0,0004$), neoplàsia ($p < 0,0002$), una o més comorbiditats ($p < 0,03$) i fàrmacs gastrolesius ($p < 0,03$). En l'anàlisi multivariante han demostrat ser variables independents de pronòstic de mala evolució i en ordre decreixent: alteració hemodinàmica (OR 10,1, IC 95%: 2,9-35), neoplàsia (OR 4,33, IC 95%: 1,4-12,7) i l'edat (OR 3,822, IC 95%: 1,6-9).

Discussió. L'estudi dirigit a analitzar les característiques dels casos d'HDA, així com detectar les variables associades a mala evolució, ha donat uns resultats esperables, basant-nos en les descrites a la bibliografia, amb un baix percentatge d'intervencions quirúrgiques, així com una mortalitat global dintre dels límits esperables. Com a tret a destacar, tot i que l'edat mitjana dels casos no fou molt elevada, existeix un % rellevant de casos associats a comorbiditat.

Conclusions. Els resultats trobats en els casos HDA estudiats en la nostre serie en quant a incidència, etiologia i mortalitat

es troben dintre de l'esperable. Un alt percentatge de les HDA es presenten en malalts amb comorbiditat, freqüentment amb associació al consum de fàrmacs gastrolesius. El percentatge de mortalitat es troba dintre del descrit a la literatura. Les variables associades a evolució desfavorables van ser la inestabilitat hemodinàmica, l'edat avançada i la presència de neoplàsies, variables totes elles sencilles de detectar i que ens poden ajudar a intensificar l'actitud diagnòstico-terapèutica.

V-44

ADENITIS PER MYCOBACTERIUM FORTUITUM I AFECTACIÓ PULMONAR EN UN PACIENT INMUNOCOMPETENT

A. Almuedo Riera, B. Consola Maroto, A. Soler Sendra y S. Montull Morer

Medicina Interna. Hospital General de Granollers. Granollers (Barcelona).

Objectius. En els darrers anys s'ha observat un increment de les infeccions per micobacteries no tuberculosas. Dins d'aquestes, les de creixement ràpid inclouen el complex fortuitum que són organismes ubiqües, distribuïts àmpliament en el medi ambient i en mostres hospitalàries.

Material i mètodes. Home de 23 anys, sense antecedents d'interès, que inicia quadre de febre de predomini vespertí amb prèvia aparició d'una tumoració engonal dreta de creixement progressiu. Abans de rebre'l al nostre centre, s'havia practicat en un centre privat linfadenectomia dreta sense altres estudis previs. La tinció de gram de l'exsudat del gangli mostrava abundants leucòcits sense microorganismes i la tinció Ziehl-Neelsen escassos bacils alcohol-àcid resistents. L'estudi histopatològic mostrà un teixit inflamatori abscessificat amb abundants limfòcits, histiòcits i polimorfonuclears; les tincions histoquímiques amb PAS-diafasi i Ziehl-Neelsen s'informaren com a negatives. Al cultiu de Lowenstein s'aïllà bacil alcohol-àcid resistent. Als 10 dies postlinfadenectomia amb motiu de continua supuració de la ferida consulta al nostre centre. A l'anamnesi explica discreta tos seca sense altre clínica acompanyant. Es realitza Rx de tòrax sense observar alteracions i es fa Mantoux essent positiu (17 x 22 mm). En espera de resultats del cultiu de l'exsudat, s'inicia tractament tuberculostàtic estàndar. El cultiu de l'exsudat s'informa com a negatiu. Als 2 mesos, al persistir la tos seca i certa exudació per la ferida de la linfadenectomia es procedeix a estudi TC toraco-abdominal que detecta petites imatges nodulilars (< 0,5 cm) pulmonars bilaterals, i una colelecció dreta intermuscular amb parets gruixudes i amb captació de contrast entre el gluti major i mig (11 x 3 x 8 cm) amb adenopaties engonals ipsilaterals (fig. 1). Es procedeix a punció evacuadora guiada per ecografia amb tinció gram, cultiu bacteriològic i tinció d'auramina negatives. En espera de cultiu per micobacteris apareix dolor a nivell ilíac. Es realitza Rx pelvis i columna lumbar sense que s'apreciïn imatges patològiques. A la gammagrafia òssia apareix una augment de fixació a nivell periarticular coxo-femoral, més actives a nivell dret, sense focus de sospita d'osteïtis ni artritis. A la RM de pelvis s'aprecia un abscess amb múltiples trajectes fistulosos que afecta al múscul gluti major dret i a greix intergluti; també àrees d'osteïtis sense abscess a la pala ilíac, sacre i a la tuberositat isquiàtica (fig. 2). Apareix exsudat espontani per fistula en zona de la punció guiada per ecografia. Es recull nova mostra d'exsudat, i en la tinció d'auramina no s'observen bacils alcohol-àcid resistents però en cultiu de micobacteris s'aïllen d'1-10 colònies de *Mycobacterium fortuitum*. S'inicia tractament endovenós durant 3 setmanes amb Amikacina, cefoxitina i cipro-

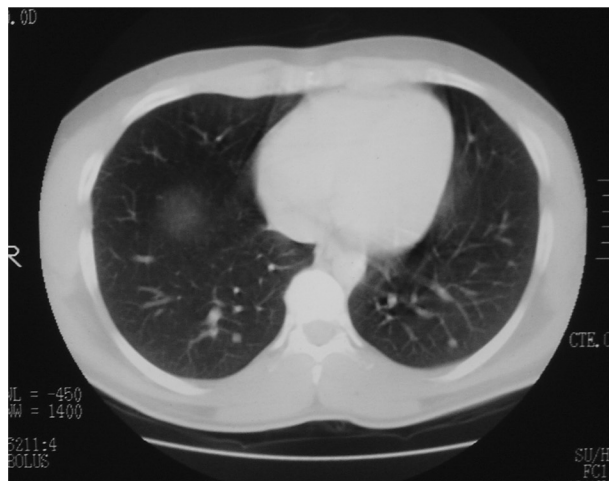


Fig. 1



Fig. 2

floxacina, que posteriorment s'adequa amb l'antibiograma per resistència a la cefoxitina es canvia a claritromicina. Posteriorment segueix en tractament a domicili amb ciprofloxacino i claritromicina durant 3 mesos amb curació clínica progressiva. A l'any de l'inici del tractament específic per *Mycobacterium fortuitum* presenta una resolució completa per RM dels abscessos, sense que s'apreciïn signes d'osteïtis ni trajectes fistulosos.

Conclusions. Les manifestacions clíniques de la infecció per *Mycobacterium fortuitum* són àmplies. Destaca característicament la infecció de pell i parts toves, així com la linfadenitis. Habitualment són secundàries a traumatismes, injeccions, ferides punxants i laceracions. Solen aparèixer setmanes o mesos posteriors al traumatisme presentant una evolució tòrpida. A nivell respiratori sol aparèixer com a quadre d'infecció crònica, amb imatges radiològiques d'afectació multilobar essent rara la cavitació. Malgrat el seu conegut poder patògen en humans, al ser micobacteries de distribució predominantment ambiental, el seu aïllament en mostres clíniques no és freqüent i sol considerar-se com a contaminant. Cal doncs, realitzar una valoració individualitzada dels aïllaments en relació al quadre clínic. El diagnòstic definitiu de la linfadenitis i de les infeccions de pell i parts toves es realitza mitjançant el cultius específic de ganglis limfàtics, material de la secreció o de la biopsia tissular. El tractament pot incloure amikacina, cefoxitina, ciprofloxacina, claritromicina, doxiciclina, sulfamides i imipenem, amb una duració de 4 a 6 mesos. Aquest, però, pot ser sovint inadequat, a menys que s'estableixi la sensibilitat als antibiòtics de la micobacteria. Els fàrmacs antituberculosos no tenen eficàcia per aquest grup.

V-45

ESTUDI MULTICÈNTRIC DE L'ABSCÈS HEPÀTIC EN ELS HOSPITALS COMARCALS DE CATALUNYA

F. Cavallé¹, J. Vilaró², J. Fernández³, B. Beltrán⁴, M. Masabeu⁵, P. Comas⁶, J. Canet⁷ y M. Torres⁸
Servei de Medicina Interna. Hospitals de ¹Granollers, ²Vic, ³Mataró, ⁴Terrasa, ⁵Palamós, ⁶Figueres, ⁷Vilafranca del Penedès y ⁸Santa Coloma de Gramanet. Hospitals Comarcals de Catalunya.

Objectius. Descriure les característiques epidemiologies, clíniques, microbiològiques, diagnòstiques i terapèutiques dels pacients amb abscessos hepàtics als nostres centres.

Material i mètodes. Anàlisi retrospectiva multicèntrica dels abscessos hepàtics diagnòstics als nostres centres en els últims 10 anys. S'ha elaborat una base comuna de dades (ACCESS versió 2000) i un clínic ha revisat les històries clíniques escollides a partir d'una recerca d'abscessos hepàtics per la documentalista clínica. Les dades han estat analitzades amb un paquet estadístic SPSS versió 10.1.

Resultats. S'han estudiat 122 casos d'abscessos hepàtics, dels que un 57,4% eren homes i un 42,6% dones. L'edat era de 64 ± 18 anys (17-93 a). El motiu de consulta principal fou la febre (86,1%) i el dolor abdominal (63,1%) seguit per nàusees vòmits i pèrdua de pes. El diagnòstic d'abscessos hepàtics es va obtenir per ecografia abdominal en 94 casos (77%) i en 28 casos per TAC Abdominal (23%). En 32 casos amb eco suggestiva es va requerir confirmació per TAC. L'identificació del germen es va aconseguir en un 71,2% (87/122) (drenatge percutani i/o PAAF 78 casos (64%) seguit pels hemocultius 38 casos (31,1%). Els gèrmens més freqüents van ser *E. coli* (20,5%) i *Klebsiella* (13,1%) seguits pels anaerobis (8,2%) i amebes (4,9%). En un 22% l'organisme era únic. El trastorn subjacent més freqüent va ser la patologia del tracte biliar (54%), patologia intestinal (12%) i criptogènica (13%). Un 44,3% es va tractar amb antibiòtics més drenatge percutani, un 17,3% amb antibiòtics més aspiracions, un 17,2% amb antibiòtics i cirurgia i només un 19% sols antibiòtics. L'estada hospitalària va ser de 20,7 ± 6,7 dies. Un 5,7% dels

casos (7/122) va reingressar als 30 dies. La mortalitat va ser del 8,2% (10/122), 8 casos durant l'ingrés i 2 durant els 6 mesos post-alta.

Conclusions. Hem trobat que la febre i el dolor abdominal van ser els símptomes més freqüents de presentació en la nostra sèrie. El diagnòstic es va obtenir per ecografia en la majoria dels casos si bé aquesta es va associar a una TAC en una tercera part i en un 25% dels casos es va fer directament la TAC com a primer procediment diagnòstic. En les tres quartes parts dels casos es va identificar el germen. En un 80% es va drenar l'abscessos per via percutània o quirúrgica. La mortalitat és comparable a la d'altres sèries.

V-46

PACIENTS AMB COINFECCIÓ PELS VIRUS VIH/VHC: IMPORTANCIA DE LA PRESENCIA DE ESTEATOHEPATITIS NO ALCOHÒLICA (EHNA) EN LA GRAVETAT DE LA FIBROSI HEPÀTICA

M. Vila¹, I. Costa³, A. Soler¹, M. Mitjana¹, E. Pedrol¹, F. Martínez² J. Cuquet¹ y S. Montull¹
¹Medicina Interna. Hospital General Granollers. Granollers (Barcelona). ²Epidemiologia. Hospital General de Granollers. Granollers (Barcelona). ³Anatomia Patològica. Hospital Parc Taulí. Sabadell (Barcelona).

Objectius. En el nostre medi un 70% de pacients amb VIH estant coinfectats pel VHC. La esteatosi hepàtica es un factor conegut de mal pronòstic d'evolució a fibrosi. La prevalença de EHNA i el paper en l'evolució de la hepatitis crònica en pacients coinfectats es desconeguda. L'objectiu de l'estudi es valorar la prevalença de EHNA en pacients coinfectats i valorar diferències epidemiològiques clíniques i histològiques entre els pacients coinfectats amb i sense EHNA.

Material i mètodes. S'han estudiat 21 pacients coinfectats pel VIH i pel VHC respecte a variables clínico-epidemiològiques, analítiques i histològiques. Un patòleg va valorar a cegues les biòpsies dels pacients utilitzant l'índex d'activitat histològica i aplicant els criteris de Brunt pel diagnòstic histològic de EHNA.

Resultats. La edat va ser de 41 ± 5 a (33-53 a), 71% homes. Van presentar criteris de EHNA 7 pacients. Tots el pacients amb EHNA tenien genotip 1 (100%), mentre que en els no-EHNA tenien genotip 1 un 58% (p = 0,05) i genotip 3 un 42%. Un nombre superior de pacients amb EHNA (6/7-86%) presentaven fibrosi portal extensa en relació als no-EHNA (4/14-28%) (p = 0,06). El grau d'esteatosi (grau 2-3) va ser semblant entre els pacients amb EHNA (71%) i no-EHNA (57%) (p: NS). El grau d'inflamació lobulillar va ser més marcat (grau 2-3) en el pacients EHNA que no-EHNA (83% vs 21%) (p = 0,06). La localització de l'infiltrat inflamatori en el grup EHNA va ser tant en el territori lobulillar com portal (67%) vs al grup no-EHNA que va ser més predominantment portal (p < 0,007).

Conclusions. La prevalença d'EHNA en pacients coinfectats VIH/VHC es troba a una tercera part de casos. La presència i intensitat d'esteatosi va ser similar entre pacients amb i sense EHNA. Els pacients amb EHNA presentaven una prevalença i grau de fibrosi més important que els pacients sense EHNA. Aquestes troballes podrien estar amb relació amb un índex més elevat de insulín-resistència en els pacients amb esteatohepatitis no alcohòlica coinfectats pel VIH i VHC.

V-47

ARTERITIS DE TAKAYASU: MANIFESTACIONS CLÍNiques, TRACTAMENT I EVOLUCIÓ DE 17 MALALTS

R. Solans Laque¹, J. Bosch Gil¹, J. Tovar²,
J. Pérez-López¹, A. Selva¹, C. Pérez Bocanegra¹,
C. Simeón Aznar¹ y M. Vilardell Tarrés¹

¹Medicina Interna. ²Nefrología.

Hospital Vall d'Hebron. Barcelona.

Objectius. Avaluat les manifestacions clíniques, troballes radiològiques, resposta al tractament i evolució d'una sèrie de malalts afectes d'arteritis de Takayasu, diagnosticats i seguits al nostre Centre.

Material i mètodes. 17 malalts (15 dones, 2 homes) diagnosticats entre 1967 i 2004 d'arteritis de Takayasu segons els criteris de la ARA. A tots se'ls hi va practicar estudi angiogràfic per a determinar el tipus d'afecció vascular, a l'inici de la malaltia i cada 6-12 mesos en el seguiment. Així mateix, es van efectuar determinacions analítiques e immunològiques en el moment del diagnòstic, durant el seguiment i durant els brots de la malaltia.

Resultats. La edat mitja al diagnòstic va ésser de 35 anys (22-47). Els símptomes inicials més freqüents van ésser claudicació d'una extremitat (8 malalts), hipertensió arterial (9 malalts), alteracions visuals (visió borrosa, diplopia, amaurosis fugax) en 4 malalts, i síncope (2 malalts). El 30% dels malalts van presentar símptomes sistèmics (febre, mialgies, pèrdua de pes), el 41,2% accidents vasculars cerebrals transitoris, el 20% manifestacions cutànies (eritema nodos, púrpura) i el 17,6% carotidinia. Es va detectar afectació cardíaca (regurgitació aòrtica) en 3 casos. No es va detectar en cap cas afecció retiniana. Cap malalt estava asimptomàtic en el moment del diagnòstic. En la exploració física les troballes més freqüents van ésser la presència d'un buf a les artèries

subclavies i/o carótides (8 casos), l'absència de pols radial (7 malalts), l'asimetria de tensió arterial entre els 2 braços (13 casos) i la hipertensió arterial (9 casos). Tres malalts van presentar clínica d'aortitis inflamatòria. Els estudis d'imatge (arteriografia angio-RMN) van posar de manifest: afecció de l'arc aòrtic i les seves branques (tipus I) en 2 casos, afecció d'aorta ascendent, arc aòrtic i les seves branques (tipus 2) en 3 casos, afecció d'aorta toràcica ascendent i descendent, arc aòrtic i les seves branques (tipus IIIb) en 2 casos, afecció de l'aorta toràcica descendent, aorta abdominal i/o artèries renals (tipus III) en 2 casos, afecció de l'aorta abdominal i/o les artèries renals (tipus IV) en 3 casos, i afecció de l'aorta infra y supradiafragmàtica i les seves branques (tipus V) en 5 casos. L'artèria pulmonar es va afectar en 2 casos. La VSG estava augmentada en el 60 % dels malalts, i el 40% presentaven hipergamma-globulinèmia en la fase activa de la malaltia. Deu malalts van rebre glucocorticoides (1 mg/kg/dia), amb bona resposta en 7 casos. Quatre malalts van rebre a més metotrexate i 1 azatioprina. El 90% dels malalts van rebre tractament antiagregant (AAS, Dipiridamol o ticlopidina). Es va fer tractament quirúrgic en 5 casos. El retard diagnòstic mig va ésser de 3 anys (2 mesos-10 anys). El seguiment mig va ésser de 14,2 anys (1-38 anys). Cap malalt va morir durant el seguiment.

Conclusions. L'arteritis de Takayasu es una vasculitis de grans vasos, heterogènia en la seva presentació i progressió, que sovint es diagnostica amb molt retard. Les tècniques radiològiques permeten detectar els vasos afectats però no distingir si les lesions son cròniques o actives. Els paràmetres bioquímics tampoc es relacionen clarament amb l'activitat de la malaltia i no son útils per a el seguiment. La majoria dels malalts responen a la corticoteràpia en la fase activa. La cirurgia, els stents i l'angioplastia son fonamentals quan s'afecten les artèries renals o les manifestacions isquèmiques persisteixen malgrat tractament mèdic. La mortalitat es baixa, però la morbiditat es substancial.

Índice de autores

- Adarraga Cansino, M., 44
Admetlla, M., 29
Adrián Martín, M., 27, 33
Aguado Lorenzo, O., 5, 11, 18, 49
Aguilera Zubizarreta, A., 49
Aguiló, S., 22, 23
Ahicart, M., 46
Alejo, M., 37
Aligué, J., 15
Almuedo Riera, A., 10, 11, 32, 51
Alonso Valdés, F., 24, 35
Altés, J., 29
Álvarez, J., 50
Álvarez, V., 34
Arando Lasagabáster, M., 34
Araújo Loperena, O., 41
Arazo, P., 4
Arévalo Navarrete, D., 45
Arias, I., 22, 23
Arias Fernández, B., 15
Artigas Burillo, B., 31, 36, 37
Artigues Barceló, A., 30
Asherson, R., 22
- Bagá Santamaría, R., 31
Balada Prades, E., 35
Baño López, F. del, 47
Barbeta, E., 11
Barrufet, P., 2
Bastida Vila, M., 33
Bechich, S., 25
Bedini, J., 36
Bejarano Redondo, G., 36, 40
Bella, F., 40
Beltrán, B., 52
Benet Catalá, T., 39
Besa Beringues, A., 17
Bisbe, J., 4
Blanch, J., 2
Blanch Gracia, P., 26
Bofill Montoro, D., 6, 7, 10
Boixeda Viu, R., 17, 45, 46
Borrás Suárez, J., 45
Bosch, T., 9, 41
Bosch Gil, J., 50, 53
Bové Boada, A., 13, 45
Briones, P., 29
Brito-Zerón, P., 22
- Buades Reines, J., 39
Bucciarelli, S., 22
- Cabre Roure, M., 17
Campins, A., 9
Campmany, R., 33
Campos, F., 25
Canet, J., 52
Cano, D., 36
Cano, M., 20
Cánovas, D., 25
Cañas i Alcántara, I., 48
Capdevila Morell, J., 17
Capell Font, S., 16
Cardellach, F., 2
Carmona, F., 45
Carrillo Torras, T., 49
Cartanyá Benet, A., 39, 43
Cartón, J., 3
Casademont Pou, J., 2, 8
Casanovas Martínez, A., 15, 25, 32, 36, 37
Casarejos Palo, I., 24
Casas Homs, E., 4, 6, 13
Casdellach López, F., 8
Castañer González, E., 31
Castro, R. de, 18
Castro Vélez, L., 6, 10
Cata, T., 33
Cavallé, F., 52
Cegoñino de Sus, J., 41
Cervera, R., 22, 45
Cervera Alemany, A., 49
Chamorro Martí, E., 6, 7, 10
Chornet Pahisa, X., 1
Clar Guevara, X., 26
Coll, R., 5, 11, 49
Colomer, J., 4
Comas, P., 52
Comas Mongay, L., 35
Combalia Soriano, N., 1
Comerma Coma, I., 26
Comet Monte, R., 4, 6, 13, 40
Consola Maroto, B., 10, 11, 32, 51
Conthe, P., 18
Cortés Hausmann, P., 26
Costa, I., 52
Costa Rosell, N., 4, 6, 13, 15
Cucurull, J., 4
- Culla Ginesta, A., 9, 13, 14
Cuquet i Pedragosa, J., 10, 48, 52
- Dalmau, B., 40
Darnés, A., 37
Deig Comerma, E., 2, 3, 5, 8, 34, 44
Delas, J., 49
Delgado, M., 45
Delgado, R., 50
Delgado Moreno, G., 21, 23
Diez Pérez, A., 30, 38, 46, 47
Doménech, M., 27
Domingo, P., 2, 4
Dominguez Pareto, R., 42
Dorca Badia, E., 15
- Echarte Pazos, J., 46, 47
Escayola, R., 2, 3
Escrich Monfort, C., 6, 7, 10
Espelde Azcue, A., 35
Espinosa, G., 22, 45
Espinosa, M., 48
Esteban, E., 21
- Fábregas, E., 18
Fábregas, X., 46
Felip, A., 27
Felipe, A., 45
Femenías, M., 21, 41
Fernández, J., 52
Fernández, X., 45, 46
Fernández Molinero, H., 41
Fernández Monras, F., 11, 49
Fernández Muixí, F., 39, 43
Ferrás Carceller, P., 35
Ferré Solé, R., 39, 43
Ferrer Ruscalleda, F., 33
Ferrer Ruscalleda, L., 33
Fonollosa Plá, V., 29, 35
Font, J., 23, 45
Font Creus, B., 1
Formiga, F., 14
Fornós Astó, C., 5, 49
Forteza-Rey, J., 21, 41
Freixa Pamias, R., 26
Fuente, B. de la, 40
Fullana, M., 21

- Gabarró Juliá, L., 1, 37
 Garcés, J., 30
 García, A., 40, 46
 García, L., 30
 García, P., 5
 García Flores, A., 1
 García Fructuoso, G., 38
 García Gibert, L., 38, 46, 47
 García Gil, V., 24
 García Rodríguez, P., 44
 García Saavedra, V., 39
 García-Penche Sánchez, R., 5
 Garrabou Tornos, G., 2, 8
 Gasch Blasi, O., 34
 Gavilán Guirao, F., 44
 Gil, M., 40
 Giménez, A., 50
 Gimeno-Bayón, J., 138
 Glaría Navarro, T., 26
 Gómez-Puerta, J., 22
 González Olivella, J., 39
 Granados, A., 40
 Grau Amorós, J., 45
 Grau Junyent, J., 20, 21, 29, 36
 Grau Marsal, D., 15, 137
 Grima Barrio, E., 6, 7, 10
 Güell i Farré, E., 15, 33
 Guil Sánchez, J., 8
 Guillaumet Gasa, E., 31
 Guitart, R., 32
 Gurrera, T., 46
- Herranz Martínez, S., 15
- Ibars Campaña, S., 31
 Iglesias Lepine, M., 46, 47
 Infante Pérez, A., 8
 Isern Fernández, V., 34
- Javallolas, M., 2
 Jericó, C., 30
 Jiménez Calderón, R., 4, 6, 13
 Jordana Comajuncosa, R., 4, 6, 13, 25
 Jové Vidal, N., 39
 Jurdado, J., 3
- Knobel, H., 4
- Labrador, M., 21
 Lima Ruiz, J., 20
 Lladó Ferrer, B., 39
 Llargués Rocabruna, E., 24
 López Casanovas, M., 13, 46
 López Moreno, S., 8
 López Rodríguez, M., 4, 6
 López Salvá, M., 41
 López Soto, A., 9, 13, 14
- López-Gómez, D., 40
 Lora-Tamayo Morillo-Velarde, J., 34
 Lorenzo Querol, A., 39, 43
 Lucchetti, G., 25
- Manso Andrés, C., 39, 43
 Manzana Prado, M., 26
 Marco Reverte, F., 9
 Marcos Bruguera, J., 15
 Margareto San José, R., 39
 Marí Alfonso, B., 36
 Martín, J., 9
 Martín, T., 3
 Martínez, E., 10, 32, 34
 Martínez, F., 50, 52
 Martínez, M., 49
 Martínez Izquierdo, M., 47
 Martínez Losatao, L., 42
 Martínez Luque, L., 44
 Martínez Rebollar, M., 5, 11
 Más Pueyo, H., 1
 Masabeu, M., 52
 Masanés Torán, F., 9, 13
 Mascaró, J., 14
 Masip, J., 25
 Massa Puig, R., 1
 Mata Medina, B., 39
 Mateo Gallego, L., 41
 Meco, F., 33
 Méndez Bailón, M., 18
 Mercadal, J., 30
 Miguel, M. de, 40
 Mijana, M., 10, 32
 Millán, S., 40
 Mínguez, A., 27
 Mínguez Maso, S., 46
 Miralles Basseda, R., 49
 Mireia Martínez, M., 11
 Miret Más, C., 33
 Miró Andreu, O., 2, 8
 Mitjana, M., 52
 Molina, C., 50
 Montañés Rustullat, J., 26
 Monteagudo Jiménez, M., 36
 Montesinos Muñoz, J., 31
 Montull Morer, S., 10, 11, 16, 24, 32, 44, 48, 50, 51, 52
 Morales Coca, C., 15
 Morcillo, C., 18, 25
 Muñoz, M., 40
 Muñoz Rivas, N., 18
 Muñoz Rodríguez, F., 26
- Nadal, C., 41
 Nardi, N., 22
 Navarro López, M., 9, 13, 14
 Navarro Roldán, O., 41
 Navarro Sáez, M., 15, 32, 37
 Navarro Sierra, T., 32
 Navarro Soto, S., 32
 Navarro-Sastre, A., 29
- Nicolás Arfelis, J., 13
 Nogueras, A., 48
 Nogueras Rimblas, C., 15
 Nolla Salas, M., 33
- Oliván Sayrol, L., 26
 Olivero, R., 25
 Olmedo, C., 14
 Olmedo-Marroquín, C., 13
 Ordi Ros, J., 35, 42
 Oristrell Salvá, J., 1, 15, 25, 36, 48
 Orriols Caba, M., 30, 38, 46, 47
 Ortega, E., 3
 Ortí Llavería, A., 6, 7, 10
 Otermin, P., 32
- Padros Bou, J., 11, 50
 Palomar, J., 18
 Palomera Fanegas, E., 17
 Parra, N., 49
 Pascual Arce, B., 45
 Pedrol Clotet, E., 2, 3, 4, 5, 8, 34, 52
 Pelegrí Santos, P., 26
 Perelló Carbonell, R., 33
 Pérez, R., 15
 Pérez, X., 43
 Pérez Bocanegra, C., 20, 53
 Pérez-López, J., 50, 53
 Piella Olivedra, T., 16
 Piette, J., 22
 Pi-Figueras Valls, M., 49
 Plá Salas, X., 1, 4, 6, 13
 Plana Rodríguez, J., 26, 27
 Plans Parés, A., 15
 Portabella Purtil, E., 33
 Pou, G., 27
 Pozo, M. del, 3
 Prats, J., 48
 Pujol Farriols, R., 14, 34
- Ramos, X., 29
 Ramos Lázaro, J., 8, 20, 21, 36
 Ramos-Casals, M., 22, 23
 Rascón, J., 9
 Real Gatiús, J., 4, 6, 13
 Red, G. de la, 45
 Requena Méndez, A., 34
 Reth, P., 45, 46
 Reverter, J., 45
 Rey, M., 48
 Reyes, R., 22, 23
 Ribas, N., 21, 41
 Ribell Bachs, M., 32
 Ribera, E., 2, 3
 Ribes, A., 29
 Ribó Ribalta, J., 41
 Ribot, R. de, 48
 Riera, A., 40
 Rigau, J., 50

- Rimblas, E., 5
 Río, M. del, 9, 21
 Rivera Austrui, A., 1
 Robles, A., 22, 23
 Roca, J., 25
 Rodado Alabau, E., 6, 7, 10
 Rodríguez Flores, E., 33
 Rodríguez Martín, M., 8
 Rodríguez Montoliu, I., 9
 Rodríguez-Gallego, C., 40
 Romanyá, F., 34
 Romanyá, J., 50
 Roquer, E., 50
 Rosell Abaurrea, F., 5, 11, 18, 49
 Rovira Pujol, E., 24
 Rubio, M., 2, 3, 4
 Ruiz Pombo, M., 42
 Ryan Murúa, P., 18
- Sabatier Cloarec, C., 1
 Sacanella Meseguer, E., 9, 13
 Sala Leal, F., 24
 Salas Campos, R., 5, 11, 49
 Salgado García, E., 9
 Salva, F., 9
 Samperiz, G., 41
 San Vicente Urondo, L., 45
 Sánchez, A., 40
 Sánchez Seco, M., 7
 Sanclemente Ansó, C., 24, 35, 37, 40
 Sanjurjo Golpe, E., 8, 20, 21, 29, 36
 Santasusagna Terrades, I., 33
- Sanz, J., 3
 Sanz Arevalillo, N., 7
 Sanz Lobo, C., 39
 Segura, C., 25
 Selva O'Callaghan, A., 20, 21, 35, 42, 50, 53
 Sena Ferrer, F., 6, 7, 10
 Serés, M., 8
 Serrano Acedo, S., 35
 Serrano Rovira, A., 39
 Serra-Prat, M., 17
 Schoenfeld, Y., 22
 Simeón Aznar, C., 20, 35, 42, 53
 Smitshon Amat, A., 33
 Sobrino Martínez, J., 26, 27, 39
 Solá, J., 25
 Solans Laqué, R., 20, 35, 42, 50, 53
 Soler Sendra, A., 8, 34, 44, 51, 52
 Sorli Redo, L., 30, 38
 Sort, D., 18
 Suárez-Lozano, I., 3
 Subira Farré, N., 1
- Taché, A., 17
 Tanasa, A., 17
 Tapiz Reula, A., 15
 Tárrega Camarasa, J., 11
 Tolosa Vilella, C., 1, 21, 25, 36
 Torras Moreno, P., 5
 Torrente Jiménez, I., 31, 40
 Torres Martáinez, J., 138
 Torres Salinas, M., 39, 52
 Tovar, J., 53
- Valderas, J., 25
 Valiente Millán, M., 41
 Vallés, A., 37
 Vallés Fernández, M., 39
 Valls, J., 20
 Velasco Malagón, M., 44
 Vélez, D., 22, 23
 Vendrell, E., 45
 Vera, F., 3
 Vidal Castell, I., 2, 5, 44
 Vidal Oliveros, A., 26
 Vidaller Palacin, A., 34
 Vigil Martín, D., 24, 35
 Vila, M., 10, 52
 Vila, R., 46
 Vila i Vall-llovera, M., 48
 Vila Planas, J., 26, 27
 Vila Subirana, T., 17
 Vilaplana Pérez, C., 45
 Vilar Pujals, J., 24
 Vilardell Tarrés, M., 20, 35, 42, 50, 53
 Vilaró Pujals, J., 29, 35, 37, 40, 52
 Villalonga, C., 9
 Villar Casares, M., 20
 Villar García, J., 30, 38, 46, 47
 Villasenín, C., 49
 Villegas, E., 33
 Vivanco, V., 14
- Zambrana García, J., 44
 Zamora Cervantes, A., 1