



XXX

congreso de la Sociedad Gallega de Medicina Interna

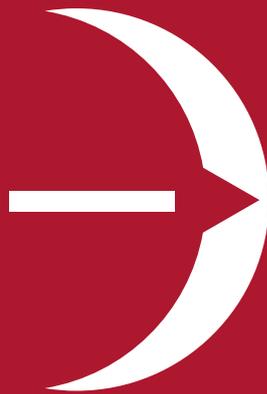
Hospital Lucus Augusti
7-8 de junio de 2013
Lugo



MEDICINA INTERNA
HOSPITAL UNIVERSITARIO
LUCUS AUGUSTI



**Fundación
Barrié de la Maza**



PROGRAMA DIANA FUNDACIÓN BARRIÉ - USC

Apoyo a la investigación científica
como pilar del desarrollo económico
y social de Galicia

Programa de investigación en farmacogenética, puesto en marcha por la Fundación Barrié de la Maza, la Universidade de Santiago USC y la Fundación Pública Galega de Medicina Xenómica. Un proyecto liderado y desarrollado desde Galicia.

Financiado íntegramente por la Fundación Barrié con 1.300.000 €

Un equipo interdisciplinar dirigido por el Doctor Angel Carracedo de más de 100 investigadores, así como ochenta médicos implicados en la recogida de datos clínicos en los hospitales públicos gallegos.

El programa desarrolla proyectos de investigación de medicina personalizada en cuatro áreas de investigación:

- Cáncer
- Enfermedades neurológicas
- Enfermedades psiquiátricas
- Enfermedades cardiovasculares



Fundación Barrié

AL SERVICIO DE GALICIA PARA EL MUNDO

GALICIA CLÍNICA

Revista oficial da Sociedade Galega
de Medicina Interna (SOGAMI)

Fundada en 1929 por el Dr. Aurelio Gutiérrez Moyano

Director:
Fernando de la Iglesia Martínez

Directores adjuntos:
Ricardo Nicolás Miguel
Héctor Meijide Miguez

Comité editorial
Melchor Álvarez de Mon
Emilio José Casariego Vales
Alfonso Castro Beiras
María de los Angeles Castro Iglesias
José Antonio Díaz Peromingo
Fernando Diz-Lois Martínez
Ovidio Fernández Álvarez
Ricardo Fernández Rodríguez
Carlos González Guitián
Mercedes Gutiérrez-Moyano Zimmermann
Luis Gutiérrez-Moyano Zimmermann
Fernando Antonio de la Iglesia Martínez
Pedro Mardomingo Varela
Manuel Noya García
José Domingo Pedreira Andrade
Roberto Pérez Álvarez
Albino Pérez Carnero
Ramón Rabuñal Rey
María del Pilar Rozas Lozano
Pascual Sesma Sánchez
Antonio Torre Carballeda

Comité científico
Mercedes Bal Alvaredo
Arturo Cabarcos Ortiz de Barrón
José Luis Díaz Díaz
Elena Fernández Bouza
Manuel Fernández Muínelo
Javier de la Fuente Aguado
Juan Carlos García García
María José García Pais
Juan Antonio Garrido Sanjuán
Arturo González Quintela
José Masferrer Serra
Enrique Miguez Rey
Rafael Monte Secades
Julio Montes Santiago
Francisco Luis Lado Lado
Victor Manuel López Mourino
Vicente Lorenzo Zúñiga
Antonio Pose Reino
Isidro Rodríguez López
María Dolores Suárez Sambade

Junta Directiva de la SOGAMI
Julio Montes Santiago (Presidente)
Arturo González Quintela (Vicepresidente)
Viviana Rodil Rodil (Secretaría/Vocal MIR)
José Antonio Díaz Peromingo (Tesorero)
José Luis Díaz Díaz (Vocal Coruña)
José Álvaro Fernández Rial (Vocal Ferrol)
María del Carmen Martínez Rey (Vocal Santiago)
María José García Pais (Vocal Lugo)
Antonio Javier Chamorro Fernández (Vocal Ourense/Web Meiga)
José María de Lis Muñoz (Vocal Pontevedra)
Martín Rubianes González (Vocal Vigo)
José Lopez Castro (Vocal Hospital Comarcal de O Barco de Valdeorras)
Juan José González Soler (Vocal Hospital Comarcal de Verín)
Javier de la Fuente Aguado (Vocal formación)
Fernando de la Iglesia Martínez (Director Galicia Clínica)
José Carlos Ulloa Abad (Secretaría Técnica)

Edita: SOGAMI
ISSN: 0304-4866
Depósito legal: C 3533-2008
www.galiciaclinica.info
ISSN: 1989-3922
www.meiga.info



Índice

Summary

Contenido

EDITORIAL

- 48 Los pacientes y la sociedad han cambiado. Y nosotros ¿nos estamos adaptando al cambio?**
Patients and Society Have Changed. Are We As Physicians Adapting to Change?
Román Sánchez P

ARTÍCULO ESPECIAL

- 51 Los cuidados al final de la vida: documento de recomendaciones. Una aportación desde la bioética a la calidad de la atención sanitaria en Galicia**
Care at the End of Life: Recommendation Statements. A Bioethical Contribution to the Quality of Health Care in Galicia.
Garrido Sanjuán JA

REVISIÓN

- 59 Ecografía de bolsillo en Medicina Interna**
Pocket mobile echography in Internal Medicine
López Lloret G, López Martínez G, López Palmero S, Diez García F

CASOS CLÍNICOS

- 65 Celulitis por *Microascus trigonosporus* (anamorfo *Scopulariopsis trigonospora*)**
Microascus trigonosporus (Anamorph Scopulariopsis trigonospora) cellulitis
Canle Cortiñas D, Fernández Rodríguez R, Cid Lama A, Díaz López MD
- 68 Macroglobulinemia de Waldenström con transformación a Linfoma del manto**
Waldenström Macroglobulinemia with Transformation to Mantle Cell Lymphoma
Martínez Gabarrón M, Castellanos Monedero JJ, Galindo Andúgar MA, Martín Castillo A

XXX CONGRESO DE LA SOCIEDAD GALLEGA DE MEDICINA INTERNA

- 72 Programa**
Comunicaciones Orales
Comunicaciones Póster
Índice de autores

Los pacientes y la sociedad han cambiado. Y nosotros ¿nos estamos adaptando al cambio?

Patients and Society Have Changed. Are We As Physicians Adapting to Change?

Pilar Román Sánchez^{1,2}

¹Servicio de Medicina Interna del Hospital de Requena. Valencia. ²Presidenta de la Sociedad Española de Medicina Interna.

Nuestro sistema nacional de salud, de cobertura universal y accesibilidad equitativa, es uno de los logros del estado del bienestar más significativo y más apreciado por los ciudadanos.

Los hospitales actuales nacieron hace 100 años y se organizaron en base a la especialización y el conocimiento, orientados a pacientes agudos, con la cama como recurso clave. Esta organización ha sido capaz de generar un gran avance científico-técnico que ha contribuido, junto al mayor nivel de vida, a la reducción de la mortalidad y a un aumento considerable de la expectativa de vida. Sin embargo, este avance continuo ha propiciado la subspecialización progresiva con la consiguiente fragmentación de los servicios.

En las últimas décadas, además, se han producido una serie de cambios que van a condicionar una nueva organización de la asistencia hospitalaria:

- El éxito en el tratamiento de muchas enfermedades agudas ha propiciado el auge de las patologías crónicas. Junto a la mayor esperanza de vida ha condicionado un cambio demográfico sustancial. El 60% de los mayores de 65 años (colectivo que representa el 17,1% de la población actual y, según estimaciones, el 19,2% en 2.020 y más del 30% en 2.050) padecen alguna enfermedad crónica y un porcentaje considerable de ellos padecen varias al mismo tiempo, ocasionando la mayor parte de los costes sanitarios. La enfermedad crónica es, actualmente, el patrón de morbilidad más importante de los países civilizados y la principal causa de mortalidad y discapacidad. Más del 70% de la actividad sanitaria está dedicada a la atención de los pacientes crónicos. Si no se reorienta la asistencia para este tipo de pacientes, está en juego la sostenibilidad del sistema sanitario.
- El coste sanitario ha crecido por encima del Producto Interior Bruto en los últimos años. Las causas son varias: la introducción de nuevas tecnologías sanitarias y el coste continuo de su renovación, los costes crecientes de la administración, la escasa integración entre profesionales y niveles de asistencia, la variabilidad clínica, la medicina defensiva y la mayor utilización de los

servicios de salud debido a las enfermedades crónicas, la menor tolerancia a la enfermedad y la medicalización de problemas no sanitarios.

- Crisis económica grave con la consecuente necesidad de restricciones financieras importantes debido al descenso de los ingresos públicos que pone en situación de insolvencia al sistema sanitario.
- Pacientes cada vez más exigentes e informados que consideran la salud como un bien de consumo más, que piden información y tomar decisiones sobre su tratamiento. Internet ha puesto a su disposición información abundante sobre la salud. El 35% de los españoles buscan información relativa a la salud de forma habitual, siendo los mayores de 65 años los mayores usuarios. Según una encuesta reciente, el 72% de las personas desearían que el médico les recomendaran lugares fiables para consultar información sanitaria y poder disponer de un blog o página donde comunicarse con los profesionales sanitarios.
- El desarrollo de las nuevas tecnologías con posibilidad de comunicación inmediata mediante teléfonos móviles inteligentes, correo electrónico, redes sociales, dispositivos de control de patologías en domicilio, teleradiológico etc.

Frente a estos retos, más o menos acusados en los diferentes países occidentales, se van desarrollando nuevas tendencias sobre la función que deben adoptar los hospitales:

- Existe una creciente evidencia a favor de un cambio radical en el modelo asistencial para hacer frente a la epidemia de la cronicidad. Los profesionales del hospital forman equipos asistenciales con los de atención primaria y socio-sanitaria para, de una manera proactiva, adelantarse a las descompensaciones de los pacientes con el objetivo de evitar progresión de la enfermedad, hospitalizaciones y dependencia, con segmentación de los pacientes según riesgos y atención multidisciplinar individualizada. Al mismo tiempo se hace necesario que los pacientes o sus cuidadores adopten una actitud activa y responsable sobre su enfermedad participando

En las últimas décadas, se han producido una serie de cambios que van a condicionar una nueva organización de la asistencia hospitalaria

de las decisiones y comprometiéndose en los objetivos. Todo ello precisa de una redistribución de los roles y las competencias profesionales. La continuidad de la asistencia y la atención integral son objetivos fundamentales.

- El hospital abandona su papel centripeto y se abre a la comunidad formando parte de una organización integrada, más flexible y abierta, extendiendo su actividad más allá de sus propios límites físicos. La tendencia a la ambulatorización de los procesos supondrá que los pacientes ingresados serán los de alta complejidad, los críticos, los de diagnóstico desconocido y complejo o los que precisen de alta tecnología o cirugía. Dispondrá de múltiples recursos asistenciales (camas, plazas de hospital de día, salas de intervenciones, hospitalización a domicilio, consultas de diagnóstico rápido, telemedicina, telemonitorización, historia personal de salud accesible en cualquier punto etc.), con una atención multidisciplinar y, en muchos casos, virtual debido al impacto de las tecnologías de la información.
- Los indicadores se basarán en resultados en salud, calidad y seguridad del paciente. La transparencia y la competencia entre los centros serán los medios de conseguir la mayor eficiencia.
- La gestión clínica y el compromiso y participación de los profesionales serán imprescindibles para conseguir los mejores resultados. Las unidades de gestión clínica en base a problemas de salud, en lugar de especialidades, se ha mostrado como la mejor fórmula para la asistencia de calidad centrada en el paciente.

Y, en este escenario, los internistas nos encontramos en una situación privilegiada. Nuestra formación generalista con visión integral del paciente nos hace los especialistas más adecuados para el cuidado de los pacientes crónicos complejos, formando equipo con los profesionales de atención primaria y evitando la fragmentación de la asistencia, las duplicidades y la medicación inadecuada.

Además, debemos ser los tutores de los pacientes durante su paso por el hospital, allá dondequiera que se encuentren. La mayor parte de los pacien-

tes que se someten a intervenciones quirúrgicas padecen una o varias enfermedades crónicas. La atención a los problemas médicos de los pacientes quirúrgicos por parte de internistas ha demostrado ser eficiente, evitando descompensaciones y complicaciones.

Y somos, también, los expertos apropiados para el diagnóstico del paciente con enfermedad incierta no órgano-específica.

El reto es importante e ilusionante. Hemos de liderar el cambio de modelo asistencial formándonos en los que han demostrado éxito para el tratamiento de la cronicidad; en formar y liderar equipos multidisciplinares excelentes; en gestión clínica; en medicina perioperatoria; en el uso de las nuevas tecnologías; en calidad y seguridad del paciente y en la gestión del tiempo. No será fácil pero hemos de abandonar el valle de la comodidad si queremos ocupar el lugar que la medicina interna se merece y, sobretodo, si queremos dar a los pacientes la asistencia que se merecen, preservando, al mismo tiempo, nuestro sistema sanitario.

Bibliografía

1. Ham C., Dixon A., Brooke. B. Transforming the delivery of health and social care. The case for fundamental change. The King's Fund 2012
2. La sanidad pública ante la crisis. Recomendaciones para una actuación pública sensata y responsable. Documento de Debate. Asociación de Economía de la Salud.
3. Hernández Rodríguez M.A., Abaurrea Ortiz P., de Dios González Caballero J y cols. Sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud: propuestas desde la Medicina de Familia
4. Redesigning health in Europe for 2020. eHealth Task Force Report. European Union, Healthcare 2012.
5. Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud Sanidad 2012. Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad.
6. Hospitals and Care Systems of the Future. Committee on Performance Improvement of the American Hospital Association. September 2009
7. Healthcare 2015: Win-win or lose-lose? A portrait and a path to successful transformation. IBM Institute for Business Value. 2010
8. Bengoa R, Nuño Solinis R. Curar y cuidar. Innovación en la gestión de enfermedades crónicas: una guía para avanzar. Elsevier- Mason, 2008.
9. El hospital del futuro: las ideas de los expertos. Club GerTech. Madrid Network. Cluster Salud y Bienestar. 2011
10. Gil V, Barrubés J, Álvarez JC, Portella, E. La sostenibilidad financiera del sistema sanitario: 10 medidas estructurales para afrontar las causas del crecimiento del gasto. Barcelona: Antares Consulting; 2010.
11. Barrubés J., Carrillo E., Portella E. Repensando el hospital. Motores de cambio y respuestas innovadoras.
12. Corrigan P, Mitchell C. The hospital is dead, long life to the hospital. Reform, September 2011.
13. Malone TW. The Age of Hyperespecialization. Harvard Business Review, 2011; July-August: 57-65



Os medicamentos xenéricos e as medidas de eficiencia son o esforzo común que permite aos galegos disfrutar dunha sanidade mellor para todos, hoxe e mañá.

Sanidade Pública de Galicia
Entre todos, de todos, para todos



XUNTA DE GALICIA

xunta.es

Los cuidados al final de la vida: documento de recomendaciones. Una aportación desde la bioética a la calidad de la atención sanitaria en Galicia

*Care at the End of Life: Recommendation Statements.
A Bioethical Contribution to the Quality of Health Care in Galicia*

Juan Antonio Garrido Sanjuán^{1,2}

¹Vicepresidente y Coordinador de la línea de trabajo "Cuidados al final de la vida" de la Comisión Galega de Bioética

²Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol. SERGAS. Ferrol

Resumen

La Bioética clínica contribuyendo al desarrollo, clarificación y conocimiento del contenido del principio de buena práctica clínica y, al tiempo, incorporando a los actos clínicos los valores de las personas, ha hecho una gran aportación al proceso de toma de decisiones en el delicado periodo del final de la vida. La deliberación bioética, con la incorporación de la prudencia como virtud guía de la reflexión, permite en la mayoría de las situaciones, teniendo en cuenta el marco normativo, deontológico-profesional y legislativo, tomar decisiones respetuosas con la autonomía de las personas.

Hay personas que mueren en condiciones inaceptables, desde el punto de vista de la atención al dolor y al sufrimiento y de un insuficiente respeto a su autonomía, en una sociedad que, como la nuestra, ha alcanzado importantes niveles de desarrollo sanitario, cultural, legal, político y económico. La Comisión Galega de Bioética, a partir de la preocupación por esta realidad y de los pasos dados ya en nuestra Comunidad Autónoma para tratar de mejorarla, ha elaborado un documento de recomendaciones. Su objetivo es servir como marco de referencia que oriente la reflexión de los profesionales y usuarios en los conflictos éticos que surgen en los cuidados al final de la vida, y contribuir a mejorar el desarrollo de los derechos fundamentales en este ámbito. El conocimiento y puesta en práctica de estas recomendaciones debería conducir a conseguir una gestión más autónoma, con mayor equidad y con menor sufrimiento del proceso del final de la vida. En definitiva, alcanzar una atención de calidad al final de la vida para toda la población.

Se plantean las recomendaciones como llamadas de atención o descripción de los pasos que deben darse o reforzarse para hacer posible el cumplimiento de las acciones o actuaciones de buena práctica clínica, definidas en el marco conceptual, que no sólo son posibles respetando la normativa actual (también recogida en el documento) sino obligadas para el desarrollo y respeto de los derechos de los ciudadanos en este campo.

Introducción

Este artículo tiene como finalidad servir de presentación y ayudar a la difusión de los contenidos del Documento de Recomendaciones sobre los cuidados al final de la vida elaborado por la actual Comisión Galega de Bioética. Incide en algunos de los ejes que guían las recomendaciones y en el marco conceptual que las engloba, tratando de sugerir como puede ser utilizado por los distintos destinatarios del mismo.

La publicación se presentó en una Jornada cuyo título, "Bioética un instrumento de calidad para la atención sanitaria en el Sistema Público de Salud de Galicia", tiene una clara vinculación con el desarrollo y la finalidad buscada por el documento, motivo por lo que dedicaremos un espacio inicial a justificar esta afirmación.

En síntesis la finalidad y contenidos del artículo son:

- Justificar el trabajo que dio lugar al documento en un horizonte más amplio que coloca la Bioética como uno de los ejes de la mejora de la calidad en la asistencia sanitaria.
- Comunicar los antecedentes y el por qué de la elaboración de este Documento.
- Resaltar los contenidos o conceptos "novedosos" que tratan de captar más la atención de los que se acerquen al documento, como medio de estimular una nueva reflexión y vías o cursos de acción.
- Llamar la atención sobre el importante papel ejercido por la Medicina Interna y los internistas en la atención sanitaria al final de la vida y su posición idónea, junto a los profesionales de atención primaria, para hacer posibles o consolidar las recomendaciones que propone el documento.
- Sugerir como puede ser utilizado para que pueda ayudar a los destinatarios en los distintos ámbitos: pacientes y allegados, profesionales del sistema sanitario, Comités de ética asistencial, equipos directivos, Administración. . .

Como citar este artículo: Garrido Sanjuán JA.

Los cuidados al final de la vida: documento de recomendaciones.

Una aportación desde la bioética a la calidad de la atención sanitaria en Galicia. Galicia Clin 2013; 74 (2): 51-57

Recibido: 31/12/2012; Aceptado: 16/1/2013

1. ¿Cómo nos puede ayudar la bioética a mejorar la asistencia sanitaria a nuestros pacientes?

En las últimas décadas se han producido cambios en la práctica clínica que explican la fuente de los principales conflictos éticos. Por un lado, se ha producido un cambio en las relaciones sanitarias, pasando de una relación paternalista en la que el médico decidía y el paciente obedecía, a una relación menos asimétrica entre dos personas responsables y autónomas. En esta relación se hace necesario incorporar, a la hora de tomar decisiones, la diversidad de valores de las personas en una sociedad, como la nuestra, plural. Por otro lado los grandes avances científico-técnicos nos llevan a cuestionarnos si se debe hacer todo lo técnicamente posible, todo lo que se puede conseguir tecnológicamente en cada situación. El tercer elemento implicado es el acceso igualitario a la Sanidad y la obligación de hacer una distribución equitativa de unos recursos que son limitados. En este escenario, para prestar una asistencia de calidad nuestros pacientes no basta con una buena formación científico-técnica. Esta es una condición necesaria pero no suficiente. Es preciso introducir en nuestros razonamientos el respeto a la autonomía de las personas, la cual no puede quedar invalidada por el hecho de vivir una situación de vulnerabilidad como es la enfermedad.

La Bioética es una ética aplicada que introduce en el mundo sanitario una relación clínica ligada a una sociedad democrática que, por una parte, exige el respeto a la autonomía del ciudadano, y al mismo tiempo sitúa el acceso a la asistencia sanitaria como una cuestión de justicia distributiva, que la sociedad debe procurar garantizar a todos los individuos. La Bioética clínica ayuda a identificar y a potenciar dentro de los distintos modelos de relación clínica aquellos que permiten el respeto de los pacientes y sus derechos. El conocimiento y aplicación de la Bioética ayuda al desarrollo de un proceso de consentimiento informado de excelencia.

La formación en Bioética resulta fundamental, por tanto, como ayuda al clínico para la resolución de conflictos éticos. Pero además, de forma transversal, ayuda a mejorar otros aspectos de la asistencia clínica diaria. Por una parte, al aplicar la metodología bioética centrada en la deliberación prudente, siempre comenzamos con el análisis de los hechos, de los datos clínicos de un paciente; al hacer esto, a veces, nos encontramos con que no estamos ante problemas éticos sino ante errores técnicos y su identificación nos puede ayudar a corregirlos. En este sentido el análisis ético actúa como un estímulo para la formación continuada y, por tanto, contribuye a mejorar la formación científico-técnica. Por otra parte la Bioética estimula la formación del profesional en habilidades de comunicación. Estas son herramientas fundamentales para la aplicación real del consentimiento

informado, para resolver las situaciones de conflicto y otras cuestiones relacionadas directamente con la Bioética, como puede ser la valoración de la capacidad.

La Bioética clínica contribuyendo al desarrollo, clarificación y conocimiento del contenido del principio de buena práctica clínica (equivalente al clásico principio de no maleficencia), y al tiempo incorporando a los actos clínicos los valores de las personas, ha hecho una gran aportación al proceso de toma de decisiones en el delicado periodo del final de la vida.

La deliberación bioética, con la incorporación de la prudencia como virtud guía de la reflexión, permite, en la mayoría de las situaciones, teniendo en cuenta el marco normativo, deontológico-profesional y legislativo, tomar decisiones respetuosas con la autonomía de las personas incorporando en las mismas las buenas prácticas profesionales relacionadas con la fragilidad y el potencial sufrimiento en esta fase de proximidad de la muerte.

2. El por qué de la elección de esta línea de trabajo. Antecedentes

A pesar de los progresos producidos en las últimas décadas no es una realidad excepcional en el ámbito sanitario el insuficiente respeto a la autonomía de las personas en el proceso de morir. Tampoco es infrecuente la carencia de atención y cuidados sanitarios adecuados a las personas en esta etapa vital para, en el marco de la atención paliativa, posibilitar su evolución con los menores niveles posibles de dolor y sufrimiento.

Como dice el documento en su introducción, *“Se ha llegado al punto en que dentro de la sociedad hay quienes tienen la percepción errónea de que la muerte casi siempre puede y debe ser pospuesta. Y no solo la sociedad, pues una parte de los profesionales y los diferentes sistemas de salud en los que se encuadran, prestan poca atención a las necesidades de las personas sin posibilidades de curación y dedican la mayor parte de los recursos al diagnóstico y al tratamiento curativo de las enfermedades, olvidando que una de sus misiones es aliviar el sufrimiento humano.*

Este enfoque de la medicina es uno de los responsables de que muchos profesionales sanitarios se encuentren incómodos e inseguros ante el final de la enfermedad sin saber bien como actuar. Existen dificultades para reconocer que esta etapa ha llegado y, en ocasiones, falta el coraje necesario para actuar correctamente. Se produce un inadecuado control de los síntomas; hay dudas y miedo para retirar o no aplicar determinados tratamientos, y se dan asimismo dificultades de comunicación e incomprensión ante la diversidad cultural y de creencias.

Como consecuencia de ello, se constatan actitudes de abandono del paciente o, por el contrario, actuaciones encami-

nadas a prolongar la vida, más allá de lo que puede considerarse compatible con una existencia en condiciones de dignidad personal.”

De forma esquemática podemos decir que:

A) este enfoque es responsable de que muchos profesionales:

- Se encuentren inseguros ante el final de la vida
- Tengan dificultades para reconocer que esta etapa ha llegado
- En ocasiones les falte el “coraje” para actuar correctamente
- Tengan dudas y miedo para retirar o no aplicar tratamientos o incluir esta posibilidad entre las posibles decisiones

B) en nuestra sociedad todavía hay personas que mueren:

- Solas
- Sin control sintomático adecuado
- Recibiendo acciones o procedimientos:
 - No consultados o no deseados
 - No indicados: aquello con baja probabilidad de éxito o no claras evidencias de beneficio
 - E incluso ¡¡ Contraindicados !! (todo lo que prolonga la agonía está contraindicado)

En relación con el hecho de que todavía hay personas que mueren siendo sometidas a acciones o procedimientos no consultados o no deseados, es una realidad en nuestra sociedad el escaso conocimiento de la posibilidad de realizar un proceso de planificación anticipada de las decisiones y un documento de instrucciones previas como final de este proceso. El dato del escaso número de estos documentos realizados en nuestra comunidad autónoma, y menos aún registrados, apoya esta afirmación. Estos documentos realizados son escasamente consultados por los profesionales, según reconocen profesionales de urgencias y medicina intensiva. No sabemos además si los pocos existentes, si son consultados, llegan a ser suficientemente respetados y existen problemas también en el conocimiento y/o respeto de los otros criterios de aplicación del juicio sustitutivo (respetar las decisiones del representante, criterio del mejor interés, etc...), cuando no existen documentos de instrucciones previas.

En relación a la afirmación de que en nuestra sociedad todavía hay personas que mueren recibiendo acciones o procedimientos no indicados o incluso contraindicados, podemos encontrar distintos factores implicados en estas conductas inadecuadas de los profesionales:

- La falta de formación de los profesionales: confusiones conceptuales (sedación versus eutanasia, limitación de esfuerzo terapéutico versus eutanasia...), dificultades técnicas en la indicación y/o realización de sedación, etc.
- La falta de conocimientos o errores en la interpretación del marco jurídico: tiene como consecuencia dificultades en el respecto a la autonomía del paciente y de su derecho a decidir al final de la vida.

- La incompreensión por parte de otros implicados en el proceso como son otros profesionales, familiares, responsables de las instituciones... etc.
- La falta de apoyo y compromiso institucional.
- La falta de cultura social sobre la vulnerabilidad y fragilidad del ser humano y la finitud de la existencia humana.

En resumen, en nuestra sociedad todavía hay personas que mueren con un inadecuado cuidado a la especial fragilidad y vulnerabilidad de la persona moribunda, y siguen existiendo dificultades en el mantenimiento de la equidad en el acceso a la atención de calidad en el final de la vida. Hay, asimismo, una falta de autonomía en la gestión de esta fase de la vida y esto es debido, en parte, a actuaciones profesionales mejorables y, por otro lado, a deficiencias en la organización y en el apoyo de la Administración a los profesionales.

La Comisión Galega de Bioética, en su preocupación por estos problemas éticos que se suscitan al final de la vida, y conocedora de la situación descrita, en su afán por intentar cambiarla, ha impulsado un proceso de reflexión **cuyo resultado es el Documento de Recomendaciones al que este texto hace referencia.**

3. Objetivo del documento

Su objetivo es servir de marco de referencia y orientación a profesionales y usuarios sobre los conflictos éticos que surgen en esta fase de la vida y contribuir a mejorar el desarrollo de los derechos fundamentales en este ámbito.

4. Método

El documento ha sido fruto de un proceso reflexivo y deliberativo partiendo de la síntesis de una revisión bibliográfica no estructurada y de las aportaciones de los miembros de la Comisión.

5. ¿Qué contenidos vais a encontrar en el documento?

(http://www.sergas.es/Docs/Bioetica/Cuidados%20CAST_240912_link.pdf)

- Presentación.
- Introducción.
- Objetivo.
- Recomendaciones:
 - Relacionadas con la calidad de la atención que permite una gestión más autónoma de proceso del final de la vida.
 - Relacionadas con la equidad en el acceso a la atención de calidad al final de la vida.
- Marco conceptual y terminológico:
 - Aspectos éticos.
 - Autonomía del paciente.
 - Situaciones clínicas.
- Anexos:
 - I – Documentación
 - II - Normativa comentada

6. Principales aportaciones del documento

Este artículo no pretende sustituir a la lectura del documento sino animar a la misma y su objetivo no es entrar en el enunciado pormenorizado de las recomendaciones. Sin embargo, sí quisiera resaltar las que se pueden considerar como principales aportaciones del documento desde nuestro punto de vista.

A) El documento recoge los pasos dados previamente con el objetivo de mejorar la calidad de la atención al final de la vida en nuestra Comunidad Autónoma:

- El desarrollo de los Comités de Ética Asistencial en los distintos centros o áreas sanitarias, que han recogido y manifestado su preocupación por las deficiencias en este campo y la inquietud por colaborar en su mejora. Prueba de ello son los múltiples documentos vinculados con la inquietud por distintos aspectos de los cuidados al final de la vida desarrollados por los comités de ética asistencial de nuestra Comunidad Autónoma.
- El Plan Galego de Cuidados Paliativos que fue definido en 2006 como aquel que desarrolla la atención a pacientes diagnosticados de enfermedades, oncológicas y/o no oncológicas, progresivas o en estado avanzado, en los que, dado que pronóstico de vida limitado, la prioridad es proporcionar los cuidados necesarios para atender las necesidades físicas, psicosociales y espirituales del paciente y de su familia.
- El desarrollo legislativo de los documentos de instrucciones previas sobre cuidados y tratamiento de la salud y el Registro gallego de instrucciones previas, creado en diciembre de 2007, después de haberse constituido ese mismo año el registro estatal. En el año 2008, se desarrolló una campaña informativa y se puso a disposición de los profesionales y pacientes una guía de instrucciones previas sobre cuidados y tratamiento de la salud. Dicha guía ya recomendaba fomentar la planificación anticipada de las instrucciones previas y no solo el desarrollo de los documentos.
- La Estratexia SERGAS 2014: Plan estratégico que incluye entre sus objetivos potenciar la atención y los cuidados al paciente en el final de su vida

B) Marco conceptual y terminológico. Las palabras y el lenguaje no son meros cauces de expresión para la persona que habla o escribe, sino potentes instrumentos para acceder a la realidad de lo que son las cosas. El correcto uso de los términos facilita la comprensión de las acciones a que éstos se refieren y pretende ser una herramienta para los profesionales en la práctica asistencial que propicie procesos de deliberación moral cuyo resultado tenga sentido para quienes participan en él y para los que se hallen afectados por el mismo.

El marco conceptual y terminológico se ha concebido como **algo más allá que un simple glosario** de términos, puesto que incluye la valoración ética y normativa vinculada a esos conceptos, conocimiento que es necesario para el impulso de las recomendaciones.

Dentro de este pormenorizado marco conceptual, me detendré en algunos términos que se proponen y/o refuerzan para llamar la atención sobre las prácticas que los mismos encierran.

C) Documentos recomendados: Se incluyen aquí algunos documentos de recomendaciones, guías o protocolos realizados por otras comisiones, comités o grupos de trabajo, que la Comisión Galega de Bioética considera pueden ayudar a los profesionales a llevar a la práctica las recomendaciones propuestas y, por tanto, ayudar a conseguir una atención de calidad al final de la vida.

D) Normativa comentada: En la actualidad se ha alcanzado un consenso ético y jurídico básico entorno a algunos de los contenidos y los derechos del ideal de buena muerte. No obstante, persiste cierta dificultad para llevar a la práctica clínica las decisiones tendentes a asegurar de manera efectiva la plena dignidad en el proceso de morir. Se invoca un supuesto "vacío legal" para justificar dicha dificultad, pero no es más que una percepción errónea de la realidad. El ordenamiento jurídico proporciona un marco orientativo y de amparo suficiente para resolver las situaciones complejas que se producen en el proceso de morir. No obstante, debe admitirse la conveniencia de hacer un esfuerzo de armonización y concreción legislativa que sistematice la materia, establezca las garantías de su aplicación y, en la mayor medida posible, facilite su manejo y comprensión por parte de todos los implicados.

No es buena práctica clínica alargar la vida a cualquier precio y, puesto que el hecho de la muerte es inevitable, el mantenimiento de la vida no debe considerarse más importante que lograr una muerte en paz, evitando el sufrimiento innecesario.

7. Algunos conceptos a destacar dentro del marco conceptual

A) Adecuación de intervenciones clínicas: la utilización de este término podría contrarrestar en algún caso el rechazo que produce a veces el término limitación (entendiendo sin embargo que la limitación es una actuación perfectamente válida profesional y éticamente y a veces de cumplimiento obligado). Pretende resaltar la derivación de esfuerzos, más que la limitación, hacia otra parcela (los cuidados). Implica ofertar solo aquellos procedimientos diagnósticos o terapéuticos proporcionados al pronóstico y momento evolutivo de la enfermedad, y llevar a cabo únicamente aquellos consentidos por el paciente o su representante.

B) Limitación del esfuerzo terapéutico: se trata de la decisión deliberada o meditada del médico responsable del paciente, que consiste en no instaurar o retirar medi-

das terapéuticas que no le aportarán un beneficio claro cuando se percibe una desproporción entre los fines y los medios terapéuticos (entre ambas formas de hacerlo, retirar o no instaurar, hay equivalencia moral). Permite a la enfermedad continuar su curso evolutivo que inexorablemente conduce al fallecimiento de la persona. La limitación del esfuerzo terapéutico forma parte de la “buena práctica clínica”. No es una decisión opcional sino una obligación moral y normativa de los profesionales.

- C) Tratamiento o medida de soporte vital: cualquier intervención médica, técnica, procedimiento o medicación que se administra a un paciente con el fin de retrasar el momento de la muerte, esté dicho tratamiento o no dirigido hacia la enfermedad de base o al proceso biológico causal. Es decir, cualquier tratamiento con capacidad para prolongar la vida. Incluye ventilación mecánica, diálisis, transfusiones, etc. El documento destaca que en la actualidad hay un amplio consenso para considerar la **nutrición e hidratación artificial** como medidas de soporte vital a la hora de la deliberación sobre decisiones de limitación de esfuerzo terapéutico.
- D) Sedación paliativa: el documento subraya que se trata de una práctica permitida por nuestro ordenamiento jurídico, y su realización, cuando se cumplen las condiciones descritas en el marco conceptual, entra dentro de las obligaciones de buena práctica clínica. Siempre que se realice una sedación se debe dejar constancia en la historia clínica del motivo, el proceso de toma de decisiones, el consentimiento informado y la monitorización de los resultados, siendo este registro la mejor garantía ética.
- E) Actuaciones clínicas limitadas en el tiempo: El documento plantea este concepto como **ejemplo de desarrollo de una actitud deliberativa y aplicación de un curso de acción intermedio en las decisiones al final de la vida**. Se trata de la descripción de una forma de actuar comunicada recientemente (JAMA. 2011; 306:1483-1484). Consiste en un acuerdo entre los profesionales sanitarios y el paciente (o su representante en caso de incapacidad) sobre la utilización de ciertos procedimientos médicos durante un periodo definido de tiempo, evaluando la respuesta según criterios consensuados que determinarán la continuidad o suspensión del procedimiento transcurrido ese tiempo. Aunque los autores de la propuesta hablan de tratamientos o intentos terapéuticos (“Time-limited trials near the end of life”), preferimos utilizar el término actuaciones clínicas porque creemos que el mismo abordaje puede ser adecuado para determinadas acciones diagnósticas y no sólo terapéuticas.

La elaboración de estrategias anticipadas y consensuadas de cuidados y tratamientos, como propone el procedimiento de actuaciones clínicas limitadas en el tiempo, puede permitir a las familias aprender y observar como los médicos están tratando de balancear los beneficios y cargas del tratamiento con honestidad y compasión con el paciente y la familia. Asimismo puede ayudar a los miembros del equipo a llegar a un consenso y hablar con una sola voz, y a reducir los conflictos potenciales entre los equipos sanitarios y el paciente o la familia mediante el establecimiento de las expectativas mutuas y un diálogo regular y estructurado sobre la evolución. Facilitará establecer un proceso intermedio entre los pacientes o familias que quieren “todo” y los profesionales que pueden limitar unilateralmente el tratamiento.

- F) Decisiones compartidas: Se trata de un estilo de relación mediante el cual el profesional aplica conocimientos científicos y habilidades de comunicación, teniendo en cuenta los valores y preferencias del paciente para ayudarle y apoyarle en su decisión. Incluye el esfuerzo por conocer las circunstancias específicas del paciente, sus necesidades y valores, y supone un proceso de diálogo y **compromiso compartido**. Se distingue del modelo “paternalista” en que, en este último, es el médico quien, basándose en sus conocimientos científicos, decide lo que considera mejor para el paciente, pero sin contar con él. También se diferencia del modelo “informativo” en el cual el paciente, tras ser informado, decide solo, sin ayuda del profesional.
- G) Continuidad asistencial/fragmentación de cuidados: Se entiende por continuidad asistencial la coherencia y unión de las experiencias en la atención percibidas por el paciente a lo largo del tiempo. Conforme a las normas de buena práctica clínica, el paciente y sus cuidadores serán atendidos en los dispositivos adecuados al nivel de complejidad de su situación clínica. Fomentar el trabajo en equipo, y que sus miembros compartan las incertidumbres y decisiones, favorece la continuidad asistencial.

8. Algunos comentarios sobre las recomendaciones enunciadas en el documento:

Quisieramos en este punto dedicar un momento a destacar las líneas seguidas por los contenidos de algunas de las recomendaciones, o incluso detenernos en alguna de las recomendaciones. Estos comentarios no pretenden destacar como más importantes éstas, respecto a otras recomendaciones que no van a ser comentadas, sino simplemente hacer una llamada de atención por ser contenidos más difíciles de encontrar o ausentes en otros documentos similares.

- La relación de cercanía de los profesionales sanitarios que desempeñan sus funciones en la atención primaria de salud con sus pacientes, los sitúa en una posición idónea para favorecer la reflexión sobre cuestiones vinculadas con el final de la vida.
- En relación con los documentos de instrucciones previas se insiste en la importancia de que los profesionales sanitarios informen a los pacientes sobre la utilidad de su realización y les ayuden a definir situaciones futuras en la evolución de la enfermedad, fomentando el uso de los documentos en un contexto de planificación anticipada de los cuidados. Asimismo se insta a la Administración a mejorar la accesibilidad para realizar y registrar los documentos de instrucciones previas.
- Se afirma que, en un contexto de enfermedad avanzada con un pronóstico de vida limitado, la indicación de no reanimación cardiopulmonar debe considerarse el estándar de buena práctica clínica.
- Se hace mención a la necesidad de la atención espiritual que además debe estar en consonancia con las convicciones y creencias de la persona.
- Se destaca la importancia de la formación de los profesionales, no solo como medio de garantizar la calidad de la atención en esta fase de la vida, sino también como medio de garantizar la equidad y el respeto de los derechos sanitarios de las personas atendidas en distintos ámbitos y dispositivos.
- Se resalta la importancia de promover actividades de mejora continua de la calidad en los centros sociosanitarios, residencias de personas mayores y dispositivos de atención urgente, con la finalidad de mejorar los cuidados y disminuir las actuaciones desproporcionadas y los traslados inadecuados a centros sanitarios de atención de procesos agudos.
- Se llama la atención sobre el esfuerzo que deben realizar los profesionales y la organización para lograr una efectiva continuidad asistencial que evite la fragmentación de los cuidados.
- Se recomienda desarrollar en el campo de la gestión sanitaria indicadores que permitan medir la actividad asistencial y monitorizar la calidad de la atención en el proceso del final de la vida.
- El ordenamiento jurídico proporciona un marco orientativo y de amparo suficiente para resolver situaciones complejas en la práctica clínica. Aún así, se recomienda elaborar guías que mejoren no sólo la calidad asistencial sino la seguridad jurídica.

9. Los internistas y los cuidados al final de la vida

Como dice la guía de formación de la especialidad de Medicina Interna, “los internistas se forman bajo el principio de que ninguna enfermedad o problema clínico del adulto es ajeno a su incumbencia y responsabilidad. Esta actitud les ha llevado a participar activamente en la mayoría de

los retos asistenciales a los que ha tenido que hacer frente nuestro sistema sanitario”. Este hecho puede verificarse cuando revisamos su presencia en los distintos campos asistenciales que, con una perspectiva más o menos cercana al final de la vida, se han ido desarrollando: atención al paciente anciano, enfermedades crónicas y degenerativas, pacientes pluripatológicos, oncología, planes y unidades de cuidados paliativos.

El concepto de internista como “especialista en la persona enferma” quiere resaltar la importancia de la atención a la persona y no a la enfermedad, cualidad ésta que, siendo importante que aparezca en toda la relación clínica, se hace esencial que esté presente en el médico cuando la enfermedad está conduciendo a la persona al final de su vida.

También en la guía de formación de la especialidad se recoge que “el papel del internista como garante de la atención integral en el entorno hospitalario es decisivo para favorecer una atención sanitaria centrada en las necesidades globales de la persona. Con ello se evita el riesgo de atomizar la medicina no haciendo de la tecnología el eje exclusivo de la atención hospitalaria”. Como queda recogido en el Documento de Recomendaciones que estamos presentando, es necesaria, especialmente en el ámbito hospitalario excesivamente mediatizado por la disponibilidad de medios diagnósticos y terapéuticos de más alto desarrollo tecnológico, la presencia de profesionales que, especialmente en el ámbito del final de la vida, introduzcan la reflexión sobre la “adecuación de las intervenciones clínicas” según se define previamente en esta publicación. Su formación y visión integral del paciente deben permitirle introducir en la deliberación con otros profesionales del hospital las decisiones de no instauración o retirada de medidas terapéuticas, en contextos con riesgo de conducir a conductas diagnósticas o terapéuticas desproporcionadas.

Por su formación en la importancia de la historia clínica, mediada por una buena comunicación con el paciente, de la información en el desarrollo de la relación clínica, y por su vínculo prolongado en el tiempo con los pacientes crónicos, el internista también debe ocupar un lugar prioritario en el desarrollo de los procesos de planificación anticipada de las decisiones que el Documento recomienda potenciar como medio de mejorar la calidad de la atención al final de la vida.

10. Sugerencias sobre cómo utilizar y difundir el Documento de Recomendaciones

A) A los **pacientes y allegados** el documento les puede permitir conocer mejor aquello que los profesionales y la Administración debemos, y tendríamos que poder, proporcionarles. Debe estimular la búsqueda, y si es necesario la reclamación, de aquello que se recoge en el

- documento y a lo que la Administración se compromete.
- B) A los **profesionales** debería suponerles un sustento profesional, ético y legal para la toma de decisiones difíciles en este campo de actuación.
- C) A los **comités de ética asistencial** les debería permitir trabajar, desarrollar y demandar el desarrollo de los medios necesarios para que se cumplan las recomendaciones, en los distintos centros en que están constituidos, y además ser un elemento de ayuda en la resolución de los conflictos que lleguen hasta ellos.
- D) Para los **equipos directivos asistenciales** debería ser una herramienta para apoyar a los profesionales, para dar respuesta a la demanda de los pacientes y para demandar medios a la Administración.
- E) **Todos** los implicados podemos utilizarlo para realizar una lectura reflexiva, con evaluación constructiva de lo existente frente a lo recomendado, frente a lo que debería ser. Además los documentos recomendados existentes previamente, cuyo acceso es facilitado por esta publicación, deberían ser una apoyo para la toma concreta de decisiones.

11. Para finalizar

El desarrollo de las recomendaciones descritas en este documento debería conseguir que:

- Ninguna persona en estado terminal sea tratada contra su voluntad.
- El paciente, si lo desea, tenga información comprensible y veraz sobre su diagnóstico y pronóstico.
- Existan las condiciones en los centros sanitarios que faciliten la presencia de personas con las que mantenga vínculos familiares o de hecho en los procesos que requieran la hospitalización de las personas en estado terminal.
- Estén desarrollados y protegidos los procesos de toma de decisiones por representación en caso de pacientes incapaces.
- Se garantice la continuidad asistencial especialmente en la atención al final de la vida.
- Toda la población gallega tenga acceso y reciba cuidados paliativos óptimos según los estándares europeos.
- Que la Administración establezca los mecanismos necesarios para el reconocimiento del esfuerzo dedicado por los

profesionales a la mejora de los complejos procesos de comunicación y decisiones al final de la vida y que procure, para proporcionarles seguridad profesional y jurídica, que estén elaboradas y sean accesibles en todos los centros guías de práctica clínica relacionadas con:

- a) cuidados paliativos y sedación,
- b) limitación del esfuerzo terapéutico,
- c) aplicación de decisiones de sustitución y abordaje de situaciones conflictivas derivadas de estas decisiones, incluyendo la implicación de los Comités de Ética Asistencial en las distintas fases de estos procesos.

Terminamos con unas palabras que incluye el presidente de la Comisión en la presentación del documento, como reflejo del compromiso que adquiere la Administración al aceptar y difundir el Documento de Recomendaciones elaborado por la Comisión Galega de Bioética:

“Para el Servicio Gallego de Salud, dotar a los profesionales del apoyo, la información y las herramientas necesarias para asumir su papel con seguridad y reducir la conflictividad en una situación dolorosa y compleja como el final de la vida, constituye una obligación ineludible con ellos, y un compromiso con la ciudadanía”.

Nota del autor: para la elaboración de este artículo se ha utilizado en gran parte el texto utilizado por el autor en la presentación del Documento de Recomendaciones sobre los cuidados al final de la vida, en el seno de la Jornada “Bioética un instrumento de calidad para la atención sanitaria en el Sistema Público de Salud de Galicia” celebrada el 25 de octubre de 2012 en el salón de actos de la Consellería de Sanidade en Santiago de Compostela.

Bibliografía

Además de la bibliografía descrita en el documento presentado (http://www.sergas.es/Docs/Bioetica/Cuidados%20CAST_240912_link.pdf), se ha utilizado para este artículo la siguiente bibliografía:

1. Ameneiros E, Carballada C, Garrido JA. ¿Cómo nos puede ayudar la bioética a mejorar la asistencia sanitaria a nuestros pacientes? *Galicia Clin* 2009;70:27-8.
2. Couceiro A. Aprendizaje práctico de la bioética en el pregrado: objetivos, herramientas docentes y metodología. *Educ Med* 2012;15:79-87.
3. Garrido JA. El internista y las competencias en el área de la bioética. En: Sociedad Galega de Medicina Interna, edit. *La Medicina Interna como modelo de práctica clínica*. A Coruña. 2008:231-246.
4. Gracia D. La deliberación moral: el método de la ética clínica. *Med Clin (Barc)* 2001; 117: 18-23.
5. Jonsen A. La ética en la práctica de la medicina interna. En: Couceiro A. edit. *Bioética para clínicos*. Madrid: Triacastela; 1999:223-232
6. Orden SCO/227/2007, de 24 de enero, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Medicina Interna. BOE de 7 de febrero de 2007.

Área restringida a socios

El acceso al área de socios se realizará mediante validación en el Registro Central de la SEMI

NOTICIAS Y GESTIÓN DE LA SOCIEDAD

- › Información sobre la sociedad
- › Reuniones Ordinarias
- › Cursos y Actividades
- › Becas y Premios



NOTICIAS MÁS LEÍDAS

- › MEIGA (Medicina Interna de Galicia)
- › Actitud ante pacientes con dilipemia
- › Manejo de los efectos adversos del tratamiento antituberculoso
- › <http://www.meiga.info/gracias.asp>
- › <http://www.meiga.info/sugerencia.asp?cap=&mat0=&mat1=&mat2=>

Nuevo PROTOCOLOS DE ACTUACIÓN RÁPIDA

- › Protocolo de Sedación
- › Protocolo HDA no varicosa.
- › Manejo de la hiperglucemia en los pacientes ingresados

Nuevo BANCO DE PREGUNTAS TEST EN MEDICINA INTERNA

[acceso contenidos](#)

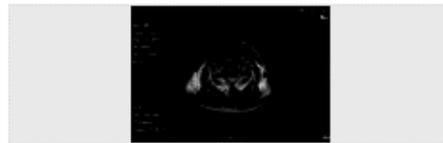
PREGUNTAS CLÍNICAS EN M. INTERNA

[acceso contenidos](#)

GUÍAS DE LA SOGAMI

- › Tratamiento del síndrome de abstinencia alcohólica, 2ª edición.
- › Guías previas

Nuevo CASO DEL MES: MAYO



[Casos anteriores](#)

Nuevo REUNIONES CIENTÍFICAS

- › Actualización en Síndromes Autoinflamatorios
- › 3ª Sesiones Intrahospitalarias de Medicina Interna.

[acceso contenidos](#)



XXX
congreso de la
Sociedad Gallega
de **Medicina Interna**
Hospital Lucus Augusti
7-8 de junio de 2013
Lugo

3ª Sesiones
Interhospitalarias de
Medicina Interna



GALICIA
CLÍNICA
la revista

EDITORIALES

REVISIONES CLÍNICAS

A PROPÓSITO DE UN CASO

ESCALAS EN M. INTERNA

MEDICINA E HISTORIA



"Unos retazos de luz para una crisis interminable" Julio Montes Santiago.

Ecografía de bolsillo en Medicina Interna

Pocket Mobile Echography in Internal Medicine

G. López Lloret^{1,2}, G. López Martínez^{1,2}, S. López Palmero^{1,2}, F. Diez García^{1,2}

¹ Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Torrecárdenas. Almería. ² Grupo de Ecografía Clínica, SEMI

Resumen

La utilización de dispositivos de ecografía de bolsillo a la cabecera del paciente, por el propio internista, va a redefinir probablemente la exploración física y la aproximación al diagnóstico en Medicina Interna. La comercialización reciente de ecógrafos portátiles, que pueden transportarse en el bolsillo de la bata, permite la realización de ecografías a pie de cama y profundizar en los hallazgos obtenidos con la historia clínica y la exploración física en tiempo real, mejorando la toma de decisiones a la cabecera del paciente. Además proporciona una ayuda importante en la realización de determinadas pruebas diagnósticas como toracocentesis y paracentesis. El desarrollo e implantación de esta tecnología puede revolucionar la aproximación médico-paciente en los próximos años.

Introducción

El desarrollo de nuevas tecnologías en la miniaturización e informática portátil y su aplicación en el diagnóstico y terapéutica médica, marcarán probablemente el ritmo de la Medicina del siglo XXI y revolucionarán el acto básico de atención médico-paciente, aportando instrumentos de precisión que permitirán obtener información mucho más allá de la obtenida con la historia y la exploración clínica. Los nuevos ecógrafos tamaño "de bolsillo" (Figura 1) permiten disponer de una tecnología de alta precisión "en el instante" y "en cualquier lugar asistencial". Probablemente, el examen físico del futuro contará con la ecocardiografía como parte de la evaluación¹, y los nuevos dispositivos de ecografía de bolsillo están llamados a convertirse en el fonendo del futuro^{2,3}. Sin embargo aún no se conoce bien cuál puede ser la utilidad real de esta nueva tecnología en distintos lugares asistenciales y en manos de distintos profesionales sanitarios. La evolución y difusión de los dispositivos de telefonía móvil y los llamados Smartphone (teléfonos inteligentes) de última generación con la opción de intercambio de imágenes a distancia y la posibilidad de incorporar adaptadores de sondas ecográficas en el mismo dispositivo abren un interesante camino en la interpretación remota de resultados⁴. La utilización de los ultrasonidos no es exclusiva de radiólogos y cardiólogos, pueden ser realizadas e interpretadas por otros médicos con la formación suficiente⁵. La utilidad y la seguridad de la ecografía a pie de cama realizada por los clínicos se ha demostrado plenamente en los Servicios de Urgencias y las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI)⁶⁻⁹. También su viabilidad y fiabilidad¹⁰. En los Servicios de Medicina Interna, algunos autores defienden que su utilización aportará

Abstract

The use of pocket ultrasound devices at the patient's bedside by the internist will probably redefine physical examination and diagnostic approach in Internal Medicine. The recent marketing of these portable ultrasound devices, which may be carried by the doctor in his coat pocket, allows performing bedside ultrasound explorations, and to expand and detail the findings collected with the clinical history and the physical examination in real time, improving decision making at the bedside. It also provides an important aid in performing certain diagnostic tests such as thoracentesis and paracentesis. The development and implementation of this technology can revolutionize the doctor-patient approach in the coming years.

ventajas a los pacientes, mejorando el proceso y tiempo de diagnóstico y el acceso rápido al tratamiento adecuado, reduciendo el tiempo de hospitalización¹¹.

Figura 1. Ecógrafo de bolsillo: toracocentesis guiada por ecografía



La utilización de dispositivos de ecografía de bolsillo por el clínico (fonendo del Siglo XXI), creemos que aportará importantes ventajas a los pacientes, podrá reducir el número de exploraciones de imagen de rutina, y probablemente permita seleccionar las exploraciones de imagen necesarias (Ecocardiograma, TAC, RMN), de una forma más eficiente. Desde Junio de 2010 comenzamos a utilizar un dispositivo de ecografía de bolsillo con doppler color en nuestro Servicio de Medicina Interna. Desde entonces cuatro internistas han recibido adiestramiento en ecografía clínica y se han realizado diversos cursos básicos de formación dirigidos a médicos adjuntos y residentes. Se ha impulsado también el aprendizaje de los alumnos de medicina en sus prácticas por el área clínica. Nuestro proyecto se aceptó como idea

Figura 2. Ecógrafo en bolsillo



y práctica innovadora en el Banco de Prácticas Innovadoras de la Junta de Andalucía (www.saludinnova.com). El objetivo fundamental fue avanzar en el conocimiento de la utilidad de la ecografía de bolsillo en un Servicio de Medicina Interna y comprobar la concordancia de los hallazgos obtenidos con el dispositivo portátil con los obtenidos con las ecografías convencionales. Nuestro estudio se ha centrado en ecografía cardíaca, torácica y abdominal fundamentalmente.

Junto a la práctica clínica y la utilización diagnóstica de los equipos, se ha realizado de forma simultánea una labor de difusión de imágenes obtenidas con el ecógrafo de bolsillo, en forma de vídeos a través de la web, creando un canal en youtube y una página web con interés docente (www.ecografiadebolsillo.com). La recogida de datos, evolución y valoración de resultados preliminares se ha difundido en distintos Congresos (Congreso de Enfermedades Autoinmunes, Jaén 2011, Congreso Andaluz de Cardiología, Sevilla 2011, Congreso de la Sociedad Andaluza de Medicina Interna, Granada 2011, Congreso de Neurología, Barcelona 2011, Congreso de Calidad, Almería 2011) y se mantienen actualmente abiertas varias líneas de investigación. Asimismo hemos colaborado desde el principio con el grupo de Ecografía Clínica de la SEMI, su página web, y el grupo de Facebook. En las líneas siguientes queremos compartir nuestra experiencia y los resultados que disponemos hasta el momento en forma de estudio de concordancia.

Información técnica

En la realización de las ecografías se han utilizado tres dispositivos portátiles con Doppler color, VSCAN de General Electric (Figura 1). Las principales características de estos ecógrafos de bolsillo son las siguientes: el dispositivo

consta de una unidad que incluye la pantalla y las teclas de manejo (135x73x28 mm) y una sonda (120x33x26 mm), con un peso total de 390 gr, permitiendo su transporte en el bolsillo de una bata (Figura 2). La pantalla, orientada en vertical (3:4), de 8,9 cm (diagonal) tiene una resolución de 240 x 320 pixels. El ajuste de ganancia es automático para tres programas definidos (cardíaco, abdominal, ginecológico). La imagen se visualiza en escala de grises y en modo doppler color, pudiendo ajustarse con las teclas del cursor el brillo, profundidad y posición del doppler color. El ancho de banda de la sonda es 1,7 a 3,8 MHz. El aparato posee función automática de detección de ciclo cardíaco. Con el VSCAN se pueden medir distancias durante la exploración. La valoración de áreas y la posterior estimación de la FE se realizó con imágenes fijas previamente grabadas y vídeos de corta duración, empleándose el software VSCAN Gateway, que permite la edición y el archivo digital (en formato MP4). El aparato dispone de una sonda tipo sectorial y carece de modo M.

Se ha utilizado el programa predefinido como cardíaco para la ecocardiografía y el abdominal para valoración de abdomen y para la diferenciación de derrame pleural y/o atelectasia (Figura 3). Para la valoración de grandes vasos (aorta y cava) se han utilizado ambos. Las imágenes, tanto fijas como en vídeo (secuencias de corta duración), se han archivado utilizando el programa de software que acompaña al

Figura 3. Derrame pleural

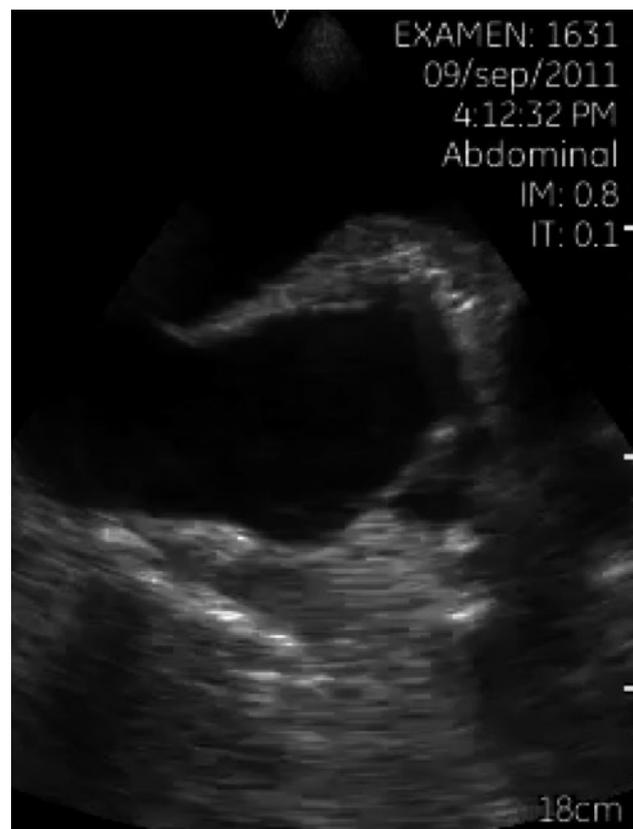
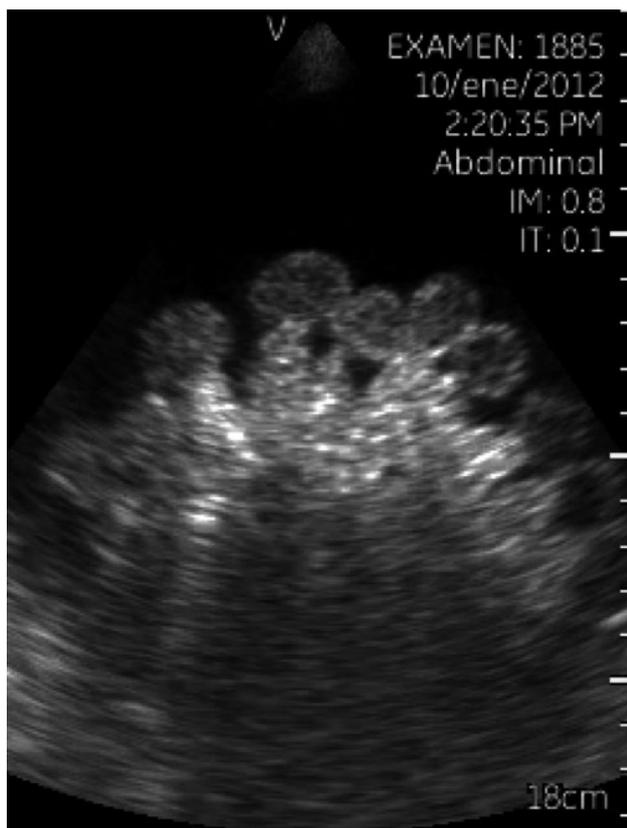


Figura 4. Ascitis



dispositivo para PC (VSCAN Gateway). La edición de vídeo se realizó con Moviemaker (PC), Imovie (Mac) y Adobe Premiere 6 para Mac. Se ha utilizado gel de ecografía convencional aportado por el Servicio de Farmacia Hospitalaria.

Selección y descripción de participantes

Las ecografías se han realizado fundamentalmente en pacientes hospitalizados en Medicina Interna, área de Consultas Externas y Urgencias, de cualquier edad, sexo y raza, en cualquier horario, incluyendo periodos de jornada laboral y guardias, a la cabecera del paciente, en su propia cama. También se ha colaborado con otros Servicios Médicos y Quirúrgicos de nuestro Hospital, como Neurología, Neumología, Digestivo, Nefrología, Cardiología, UVI, Traumatología y Neurocirugía, y por tanto, se han incluido pacientes ingresados en dichos Servicios.

Las ecografías se realizaron durante la exploración física del paciente o inmediatamente después, en particular en aquellos pacientes en los que se detectó algún signo guía como: soplo cardíaco, arritmia, cardiomegalia radiológica, disnea de origen incierto, HTA, hipoventilación o asimetrías en la auscultación del tórax, distensión abdominal, sospecha de ascitis, globo vesical, oligo-anuria, ictericia, signos de insuficiencia cardíaca, palpación de visceromegalias o masa abdominal. Además se ha empleado el ecógrafo de bolsillo para la detección de líquido pleural ó ascítico (Figuras 3 y 4) y en la ayuda a la loca-

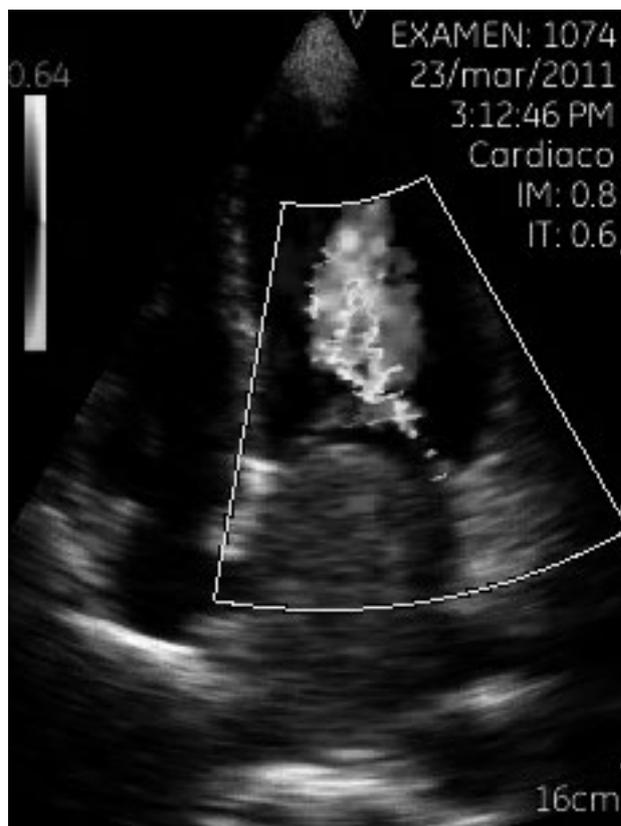
lización del punto de punción para toracocentesis y paracentesis (Figura 1). De forma preferente utilizamos el dispositivo de bolsillo en aquellos pacientes con movilidad reducida y en ancianos con mayor dificultad para el traslado a las Unidades de Radiodiagnóstico y de Ecocardiografía.

En la mayoría de los casos pudimos comparar los resultados obtenidos con el ecógrafo de bolsillo con las técnicas de imagen convencionales (ecocardiograma, ecografía abdominal, TAC), realizadas en las Unidades correspondientes, permitiendo analizar así la concordancia de los resultados obtenidos con ambas técnicas.

Al tratarse de un procedimiento inocuo, no se plantearon contraindicaciones a su uso ni criterios de exclusión salvo la negativa de pacientes o familiares. Se desestimaron aquellas exploraciones que carecían de la calidad mínima necesaria debido a "mala ventana acústica" fundamentalmente por interposición de gas en abdomen con mala transmisión ultrasónica, o la carencia de visualización correcta de al menos dos planos en los cortes de ecocardiografía. Se informó oportunamente del procedimiento a los pacientes, y se ha guardado en todo momento la confidencialidad y el derecho a la intimidad. Finalmente, se recogieron resultados en relación a la satisfacción del usuario como control de calidad.

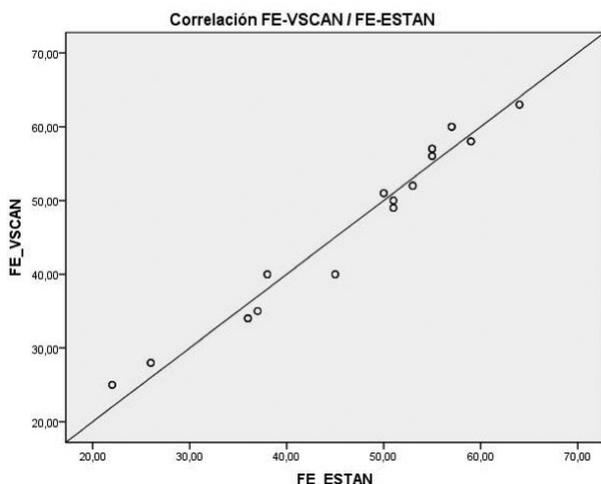
Los resultados se analizaron con el programa SPSS versión 19. Se utilizó el Índice Kappa (porcentaje de acuerdo por encima del esperado por el azar) como test de concordancia.

Figura 5. Mixoma de aurícula izquierda



Se consideró un índice por encima del 80% como muy bueno; del 41 al 80% como intermedio; y menor o igual al 40% como malo. Para variables continuas se usó la correlación de Spearman. Subdivisión de variables categóricas como: Leve, Moderada y Severa.

Figura 6. Correlación de la Fracción de Eyección ecógrafo de bolsillo/convencional



Resultados

Durante un periodo de 24 meses, se han realizado exploraciones con ecografía de bolsillo (GE VSCAN) a un total de 1.025 pacientes ingresados en nuestro hospital, dependientes del Servicio de Medicina Interna y otros Servicios Médicos y Quirúrgicos. En total se han archivado un total de 5.200 registros (secuencias de vídeo e imágenes estáticas), con una media de 5 registros por paciente. El tiempo medio empleado en la exploración ecocardiográfica básica fue de 5 minutos, la abdominal de 4 y ambas en menos de 10 minutos.

Se pudieron analizar y comparar los resultados de 821 ecocardiografías realizadas con el VSCAN y el ecocardiógrafo convencional (Tabla 1). El VSCAN objetivó algún hallazgo patológico en 681(83%) exploraciones (Figura 5). El nivel de concordancia fue muy bueno para las variables líquido pericárdico, fracción de eyección (Figura 6), hipertrofia del ventrículo izquierdo, vegetaciones, tumor o trombo intracardiaco, dilatación de cavidades, insuficiencia tricúspide e insuficiencia mitral. La concordancia fue intermedia para estenosis mitral, insuficiencia pulmonar y estenosis aórtica. La concordancia fue también excelente con las ecografías de tórax para el diagnóstico del derrame pleural.

Se realizaron y compararon los resultados de 810 ecografías abdominales que demostraron algún hallazgo patológico en el VSCAN en 688 (85%) casos (Tabla 1). La concordancia con la ecografía convencional fue muy buena para ascitis, dilatación

de la vena cava y de las suprahepáticas, esteatosis hepática, hepatoesplenomegalia, litiasis biliar, hidronefrosis, quistes renales, globo vesical y tamaño renal. La concordancia fue intermedia para las variables colecistitis, dilatación de la vía biliar, aneurisma aórtico abdominal, metástasis hepáticas, dilatación de la vena porta, nefrolitiasis y tamaño prostático.

Se realizaron 120 técnicas guiadas por VSCAN (ayuda en la localización del punto de punción): 60 toracocentesis, 48 paracentesis, 1 drenaje de absceso y una pericardiocentesis (en UCI), todas con éxito y sin complicaciones. De forma complementaria se han realizado conjuntamente con el Servicio de Neurocirugía 10 ecografías intraoperatorias con objeto de valorar su utilidad en la hidrocefalia (ecografía transfontanelar) y en la localización de LOES a través de una craneotomía.

Tabla 1. Nivel de concordancia – correlación entre los hallazgos de la ecografía de bolsillo y la convencional

Ecocardiografía y ecografía torácica	
Líquido pericárdico	(k=0,94, P<0,01)
Fracción de eyección del VI	(r=0.92, P<0,01)
Hipertrofia de ventrículo izquierdo	(k=0,85, P<0,01)
Vegetaciones, tumor o trombo intracardiaco	(k=0,88, P<0,01)
Dilatación de cavidades	(k=0,87, P<0,01)
Insuficiencia tricúspide	(k=0,85, P<0,01)
Insuficiencia mitral	(k=0,84, P<0,01)
Estenosis mitral	(k=0,75, P<0,01)
Insuficiencia pulmonar	(k=0,65, P<0,01)
Estenosis aórtica	(k=0,62, P<0,01)
Derrame pleural	(k=0,98, P<0,001)

Ecografía abdominal	
Ascitis	(k=0,95, P<0,01)
Dilatación de cava y suprahepáticas	(k=0,85, P<0,001)
Dilatación de la vena porta	(k=0,68, P<0,01)
Esteatosis hepática	(k=0,85, P<0,01)
Hepato-esplenomegalia	(k=0,82, P<0,01)
Metástasis hepáticas	(k=0,53, P<0,01)
Litiasis biliar	(k=0,92, P<0,01)
Dilatación vía biliar	(k=0,74, P<0,001)
Colecistitis	(k=0,68, P<0,01)
Hidronefrosis	(k=0,95, P<0,01)
Quistes renales	(k=0,93, P<0,01)
Globo vesical	(k=0,93, P<0,01)
Tamaño renal	(r=0,82, P<0,01)
Tamaño prostático	(r=0,75, P<0,01)
Nefrolitiasis	(k=0,62, P<0,01)
Aneurisma aórtico abdominal	(k=0,72, P<0,001)

Discusión

La miniaturización de los dispositivos portátiles de ultrasonidos hasta adquirir un tamaño de bolsillo verdaderamente anuncian el estetoscopio ultrasónico^{1,12-14}. La realización de ecocardiografías con dispositivos portátiles ha demostrado ser factible en diferentes entornos^{15,16}, y estudios recientes muestran la exactitud de los hallazgos obtenidos con la ecocardiografía de bolsillo en diferentes parámetros clínicos y pacientes de diferentes poblaciones^{17,18}. El uso de un dispositivo de ultrasonido de 'bolsillo' por un cardiólogo entrenado en ecocardiografía sabemos que puede estimar la función ventricular izquierda y fracción de eyección en más de tres cuartas partes de pacientes cardíacos que acuden a un centro hospitalario¹⁹. La utilidad clínica diagnóstica y los potenciales usos en la clínica práctica de estos dispositivos han sido motivo de diversos estudios y foco de atención de diversos organismos internacionales en ecocardiografía^{14,20,21}. Los estudios de Kopal²² mostraron la rentabilidad de la ecocardiografía básica utilizada por estudiantes de medicina con un mínimo de formación contrastado con los resultados de la exploración física realizada por cardiólogos expertos en pacientes con cardiopatía. La valoración básica ecocardiográfica de la función y morfología cardíaca y la interpretación de las imágenes obtenidas con un dispositivo de bolsillo cuando se realiza por ecocardiografistas experimentados muestra una correlación de moderada a muy buena a la obtenida con equipo estándar^{23,24}. La valoración de hipertrofia de ventrículo izquierdo con un dispositivo de ecografía de bolsillo como método de screening ha sido motivo de investigación²⁵. En nuestro estudio, con el manejo de esta técnica por internistas como un complemento a la exploración física, se obtiene un nivel de concordancia bueno o muy bueno en la mayoría de parámetros evaluados respecto a la ecografía convencional tras un proceso de aprendizaje del explorador. La ecografía de bolsillo fue especialmente útil en la valoración del derrame pericárdico, dilatación de cavidades cardíacas, hipertrofia de ventrículo izquierdo, estimación de la función y fracción de eyección de ventrículo izquierdo (visual), insuficiencia mitral y tricúspide. Nuestros resultados son similares a lo publicado por Kimura et al²⁶ en la valoración de la estimación de la función del ventrículo izquierdo y del tamaño de aurícula izquierda. La concordancia en la estimación de valvulopatía aórtica, y su cuantificación es ciertamente inferior. Hay que recordar que el dispositivo utilizado no dispone de Doppler pulsado, continuo, ni modo M, por lo que en absoluto puede reemplazar un estudio cardiológico completo en el estudio profundo de estas valvulopatías. En cuanto a la valoración de abdomen conviene resaltar que el dispositivo dispone de una sonda sectorial, con un programa para abdomen, que no es la sonda más idónea para esta localización, donde se prefiere una sonda

convexa. No obstante, y a pesar de esta limitación técnica, la exploración con el VSCAN es muy útil en la detección de líquido ascítico, globo vesical, signos de hidronefrosis o litiasis biliar y por tanto, a nuestro juicio, es muy útil en una primera valoración del paciente, en urgencias o consulta. Hemos obtenido una concordancia inferior en la detección de metástasis hepáticas, lo que su utilidad real en el despistaje tumoral es escasa. En todo caso la utilidad de la ecografía de bolsillo no es sustituir la realización de ecografías o TACs regladas sino añadir otros datos a los obtenidos en la historia y la exploración física de los pacientes, que permitan tomar decisiones diagnósticas o terapéuticas más correctas y en menor tiempo. Además conviene conocer las limitaciones del dispositivo que utilizamos, como la imposibilidad de intercambiar sondas, por lo que no permite la valoración del tiroides, la ayuda al acceso de vías venosas centrales ó la valoración de una posible trombosis profunda en los miembros inferiores, situaciones para las que se precisaría una sonda lineal, de la que carece el dispositivo. Sin duda en un futuro no lejano vamos a disponer de varios modelos de dispositivos de bolsillo con un precio contenido (el precio actual del VSCAN está alrededor de los 6.000 €).

En una técnica tan ligada a la experiencia y habilidades del explorador como es la ecografía, probablemente los resultados mejorarán con la experiencia creciente de los exploradores y su conocimiento de las limitaciones del dispositivo. En nuestro estudio hemos apreciado una mejor concordancia en los resultados parciales de las exploraciones realizadas durante el segundo año en relación al primero. Nuestros resultados están también condicionados por el carácter no experimental del estudio, que sí está integrado en la atención clínica diaria a nuestros pacientes. Por tanto seguimos necesitando más trabajos, realizados por médicos expertos, que exploren la eficacia, validez y utilidad de esta nueva técnica.

La formación en ecografía básica empieza a incluirse actualmente en Estados Unidos (Consejo de Acreditación en Educación Médica) en los programas de residencia en Graduados de Medicina de Emergencia. Del mismo modo, es aconsejable que todos los nuevos Internistas reciban una formación adecuada en ecografía, a fin de conseguir al menos un primer nivel básico y que dicha formación sea acreditada y probada.

Así, tras un período de formación teórica y práctica breve, el internista podrá determinar la dimensión y función de ambos ventrículos, detectar la presencia de derrame pericárdico significativo, orientar el diagnóstico de valvulopatías severas ó estimar la presión venosa central mediante el diámetro y colapsabilidad de la vena cava inferior con elevada fiabilidad, entre otras habilidades²⁷. La curva de aprendizaje

de la ecografía básica difiere entre los diferentes trabajos publicados en la literatura, pero oscila entre las 6 y las 16 horas e incluye teoría y práctica supervisada por un profesor experto²⁷ y al menos entre 20 y 40 estudios supervisados posteriormente²⁸. La formación continuada y la realización de cursos generales y específicos son imprescindibles posteriormente. La inclusión de la práctica de la ecografía en el mapa de competencias básicas de la Medicina Interna es un acierto pues en un futuro cercano su manejo será imprescindible para cualquier internista^{29,30}. La incorporación de un ecógrafo de bolsillo creemos supera la rentabilidad diagnóstica respecto a la exploración clínica de rutina y mejora el manejo terapéutico, disminuyendo sin duda los días de estancia hospitalaria al disminuir la lista de espera de pruebas complementarias con el consiguiente ahorro económico. La realización de una ecografía de rutina a los pacientes ingresados en Medicina Interna puede cambiar de manera significativa el diagnóstico y manejo obtenido en un 20% de los casos³¹.

Animamos a todos los internistas a integrarse y formar parte del grupo de trabajo de Ecografía Clínica de la SEMI, visitar la página web (www.ecografiaclinica.es) donde se informa de las actividades del grupo, manuales, casos clínicos, formación, cursos y su participación en el grupo de Facebook.

Conclusión

La ecografía de bolsillo es un instrumento útil en la práctica diaria del internista. Permite obtener información valiosa para la toma de decisiones, más allá de la exploración física, a pie de cama del paciente. Además es particularmente útil como ayuda en la realización de algunas técnicas muy habituales en la clínica, como toracocentesis y paracentesis. La calidad de imagen obtenida con la ecografía de bolsillo con doppler color es buena y suficiente para realizar una primera valoración ecográfica que puede adelantar un diagnóstico y no demorar un tratamiento.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Bibliografía

- Popp RL: The physical examination of the future: echocardiography as part of the assessment. *ACC Curr Rev* 1988;XX:79-81.
- Liebo MJ, Israel RL, Lillie EO, et al. Is pocket mobile echocardiography the next-generation stethoscope? A cross-sectional comparison of rapidly acquired images with standard transthoracic echocardiography. *Ann Intern Med* 2011; 155: 33-8 .
- Marwick TH. The future of echocardiography. *Eur J Echocardiogr* 2009; 10: 594-601.
- Choi BG, Mukherjee M, Dala P, et al. Interpretation of remotely downloaded pocket-size cardiac ultrasound images on a web-enabled smartphone. *J Am Soc Echocardiogr* 2011; 24: 1325-30.
- Alexander JH, Peterson PD, Chen AY, et al. Feasibility of point of care echo by non-cardiologist physicians to assess left ventricular function, pericardial effusion, mitral regurgitation, and aortic valve thickening. *Circulation* 2001; 104(Suppl. II): 334.
- Beaulieu Y, Marik PE. Bedside ultrasonography in the ICU (Part 1). *Chest* 2005; 128: 881-95.
- Vignon P, Dugard A, Abraham J, et al. Focused training for goal-oriented hand-held echocardiography performed by non-cardiologist residents in the intensive care unit. *Intensive Care Med* 2007; 33: 1795-9.
- Rearford R, Heegaard B, Plummer D, Clinton J, Cook T, Tayal V. American College of Emergency Physicians (2009) Emergency ultrasound guidelines. *Ann Emerg Med* 2009; 53: 550-70.
- Arienti V, Camaggi V. Clinical applications of bedside ultrasonography in internal and emergency medicine. *Intern Emerg Med* 2011; 6: 195-201 .
- Andersen GN, Hangen BO, Graven T, et al. Feasibility and reliability of point-of-care pocket-sized echocardiography. *Eur J Echocardiogr* 2011; 12: 665-70 .
- Roelandt JR. A personal ultrasound imager (ultrasound stethoscope): a revolution in the physical cardiac diagnosis. *Eur Heart J* 2002; 23: 523-7.
- Kimura BJ, DeMaria AN. Hand-carried ultrasound: evolution, not revolution. *Nat Clin Pract Cardiovasc Med* 2005; 4:217-23.
- Prinz C, Voigt JU. Diagnostic accuracy of a hand-held ultrasound scanner in routine patients referred for echocardiography. *J Am Soc Echocardiogr* 2011; 24: 111-6 .
- Vourvouri EC, Poldermans D, de Sutter J, et al. Experience with an ultrasound stethoscope. *J Am Soc Echocardiogr* 2012; 15: 80-5.
- Bruce CJ, Montgomery SC, Bailey KR, et al. Utility of hand-carried ultrasound devices used by cardiologists with and without significant echocardiographic experience in the cardiology inpatient and outpatient settings. *Am J Cardiol* 2002; 90: 1273-5.
- Culp BC, Mock JD, Chiles CD, et al. The pocket echocardiograph: Validation and feasibility. *Echocardiography* 2010; 27: 759-64.
- Culp BC, Mock JD, Ball TR, et al. The pocket echocardiograph: A pilot study of its validation and feasibility in intubated patients. *Echocardiography* 2011; 28: 371-7 .
- Egan M, Ionescu A. The pocket echocardiograph: a useful new tool?. *Eur J Echocardiogr*. 2008; 9:721-5.
- Sicari R, Galderisi M, Voigt JU, et al. The use of pocket-size imaging devices: A position statement of the European Association of Echocardiography. *Eur J Echocardiogr* 2011; 12: 85-7.
- Seward JB, Douglas PS, Erbel R, et al. Hand-carried cardiac ultrasound (HCU) device: Recommendations regarding new technology. A Report from the Echocardiography Task Force on New Technology of the Nomenclature and Standards Committee of the American Society of Echocardiography. *J Am Soc Echocardiogr* 2002; 15: 369-73.
- Kobal SL, Trento L, Baharami S, et al. Comparison of effectiveness of hand-carried ultrasound to bedside cardiovascular physical examination. *Am J Cardiol* 2005; 96: 1002-6.
- Prinz C, Dohrmann J, van Buuren F, et al. Diagnostic Performance of Handheld Echocardiography. *Echocardiography* 2012; 29: 887-94.
- Fukuda S, Shimada K, Kawasaki T, et al. Pocket-sized transthoracic echocardiography device for the measurement of cardiac chamber size and function. *Circ J* 2009; 73: 1092-6.
- Senior R, Galasko G, Hickman M, et al. Community screening for left ventricular hypertrophy in patients with hypertension using hand-held echocardiography. *J Am Soc Echocardiogr* 2004; 17: 56-61 .
- Bruce J, Kimura MD, Glynn W, et al. Diagnostic performance of a pocket-sized ultrasound device for quick-look cardiac imaging. *American Journal of Emergency Medicine* 2012; 30: 32-6.
- Torres Macho, J, García de Casasola, G, Conthe Gutiérrez, P. Ecocardiografía clínica básica en Medicina Interna. *Revista Clínica Española* 2012; 212:141-6.
- Vignon P, Mucke F, Bellec F, et al. Basic critical care echocardiography: validation of a curriculum dedicated to noncardiologist residents. *Crit Care Med* 2011; 39: 636-42.
- Porcel JM, Casademont J, Conthe P, Pinilla B, Pujol R, García-Alegría J. Competencias básicas de la Medicina Interna. *Rev Clin Esp* 2011; 211: 307-11 .
- Formiga F. El ecocardiograma en la insuficiencia cardíaca, de la teoría a la práctica. *Rev Clin Esp* 2011; 211: 352-3.
- Mjølstad OC, Dalen H, Graven T, et al. Routinely adding ultrasound examinations by pocket-sized ultrasound devices improves inpatient diagnostics in a medical department. *Eur J Intern Med* 2012; 23:185-91.

Celulitis por *Microascus trigonosporus* (anamorfo *Scopulariopsis trigonospora*)

Microascus trigonosporus
(Anamorph *Scopulariopsis trigonospora*) cellulitis

Delia Canle Cortiñas¹, Ricardo Fernández Rodríguez¹, Ana Cid Lama², M^a Dolores Díaz López¹

¹Unidad de Enfermedades Infecciosas-Servicio de Medicina Interna.

²Servicio de Microbiología. Complejo Hospitalario Universitario de Ourense. SERGAS. Ourense.

Resumen

Microascus trigonosporus (anamorfo *Scopulariopsis trigonospora*) es un hongo filamentoso ubicuo que se encuentra en el suelo, plumas de aves, material vegetal e insectos. Aunque *Scopulariopsis spp* se consideran comúnmente hongos contaminantes, pueden causar ocasionalmente infecciones en humanos, en especial onicomicosis. Excepcionalmente se han descrito infecciones de piel, abscesos cerebrales, endocarditis, sinusitis e infecciones diseminadas por *Scopulariopsis spp*, casi siempre en pacientes inmunodeprimidos. En los últimos años se han publicado un mayor número de casos de infecciones oportunistas por *Scopulariopsis spp* y otros hialohifomicetos multiresistentes. Todavía no está establecido cuál es el mejor régimen de tratamiento para las infecciones por *Scopulariopsis spp*.

Presentamos un caso excepcional de celulitis por *Microascus trigonosporus* en un paciente con tratamiento prolongado con corticoides.

Palabras clave. Celulitis. *Microascus trigonosporus*

Abstract

Microascus trigonosporus (Anamorph *Scopulariopsis trigonospora*) is a cosmopolitan filamentous fungus that inhabits soil, feathers, plant material and insects. While *Scopulariopsis* is commonly considered as a contaminant fungus it may occasionally cause infections in humans, especially onychomycosis. Skin lesions, brain abscess, endocarditis, sinusitis and disseminated infections due to *Scopulariopsis* species have been rarely reported, usually in immunocompromised patients. Over the last few years opportunistic infections by *Scopulariopsis species* and other multi-resistant hyalohyphomycetes have been increasingly reported. No clear treatment regimen for *Scopulariopsis species* infections has been established yet.

We present an exceptional case of cellulitis due to *Microascus trigonosporus* in a patient with prolonged steroid therapy.

Keywords. Cellulitis. *Microascus trigonosporus*.

Introducción

Los hongos son una causa infrecuente de celulitis. En personas sanas la mayoría de celulitis fúngicas se originan por inoculación traumática: *Fusarium spp*, *Scedosporium spp*, *Sporothrix schenckii*... Sin embargo, en los pacientes inmunodeprimidos las micosis pueden provocar lesiones cutáneas por diseminación hematogena (*Candida spp*, *Aspergillus spp*, criptococosis, blastomicosis, ...) y también por invasión directa a través de laceraciones o abrasiones locales. En algunos casos la inmunodepresión puede favorecer la invasión de tejidos subcutáneos profundos por dermatofitos típicos como *Trichophyton rubrum*. Por ello la etiología micótica, aunque inusual, debe ser considerada en pacientes con laceraciones, heridas y/o factores de inmunodepresión¹⁻³. Aportamos un caso excepcional de celulitis fúngica causada por un hialohifomiceto: *Scopulariopsis trigonospora/Microascus trigonosporus*

Caso clínico

Varón de 72 años fumador de 30 cigarrillos/día. Padece EPOC y cor pulmonale crónico con múltiples reagudizaciones tratadas con corticoides y antibióticos. En el último año nunca disminuyó la dosis de prednisona a menos de 10 mg/día. Ingresó de nuevo

por disnea de reposo con fiebre y tos de un día de evolución. En la exploración destacaba muguet oral, marcada hipoventilación con sibilantes en la auscultación, y "piel en papel de fumar" sobre todo en manos y brazos. En la analítica 7100 leucocitos/ μ l con fórmula leucocitaria normal y hemoglobina de 10,4 g/dl. La radiografía de tórax mostró un infiltrado basal izquierdo. Se inició tratamiento con levofloxacino 500 mg/día, metilprednisolona 40 mg/8h y fluconazol 100 mg/día. El paciente presentó desde el ingreso progresiva tumefacción en mano y antebrazo derechos y el sexto día aquejó dolor en el dorso de la mano derecha, con rubor y aumento de temperatura local. Se cambió el tratamiento antibiótico a piperacilina-tazobactam (4-0,5 g/8h iv); cuatro días más tarde se produjo drenaje espontáneo con exudado de aspecto en "granos de arroz" en varios puntos del antebrazo (Figura 1). En la RMN de la extremidad superior derecha se apreció una colección líquida en tejido celular subcutáneo que se extendía desde la zona olecraneana hacia la zona dorsal del antebrazo, sin compromiso muscular ni articular. Se realizó una incisión de 2 cms en la zona olecraneana con drenaje de abundante material de similares características que las del exudado. Se enviaron muestras de ambos a Microbiología para cultivo de bacterias y también, dadas las características del exudado y la inmunodepresión relacionada con tratamiento esteroideo prolongado, para micobacterias y hongos. Con la información de la presencia de hifas en la tinción directa de Gram sustituimos

Figura 1. Celulitis en antebrazo y codo con lesiones exudativas (flecha)



fluconazol por voriconazol, 400mg/iv/12h el primer día, 250 mg/iv/12h los días siguientes. En el cultivo agar Sabouraud creció en todas las placas a las 48 horas de incubación un hongo filamentosos tabicado, con colonias aterciopeladas gris oscuro. En el examen microscópico de estas colonias se reconocen hifas y conidios. Debido a que las características tanto micro como macroscópicas no se correspondían con las especies de los géneros *Scedosporium*, *Fusarium*, *Acremonium*, *Scopulariopsis*, *Penicillium*... más frecuentemente aisladas en laboratorio, se envió la cepa a nuestro laboratorio de referencia, el Centro Nacional de Microbiología, Instituto de Salud Carlos III (Majadahonda, Madrid). En este Centro es identificado el hongo como *Microascus trigonosporus* (anamorfo *Scopulariopsis trigonospora*) mediante técnicas moleculares, secuenciación de ITS 1 e ITS 4 del 28S rDNA. En base a las guías de EUCAST (European Committee on Antimicrobial Susceptibility Testing) nos informan de las CMI (ng/L): >16 para anfotericina B; >8 para itraconazol; >8 para voriconazol; >8 para posaconazol; >16 para terbinafina y >16 para caspofungina. En nuestro hospital la resiembra y cultivo prolongado en agar patata permite observar las formas sexuales (peritecio, ascosporas) y asexuadas (hifas y conidios) de dicha especie *Microascus trigonosporus* (anamorfo *Scopulariopsis trigonospora*) (Figuras 2 y 3).

La neumonía que motivó el ingreso se resolvió pero el paciente fue éxitus por nueva reagudización de su EPOC con severo broncoespasmo, y no relacionado con la celulitis.

Discusión

En los últimos años se observa una mayor incidencia de infecciones por hongos filamentosos distintos de *Aspergillus*: Hialohifomicetos (*Fusarium spp*, *Scedosporium spp*, *Paecilomyces spp*, *Trichoderma spp*, *Acremonium spp*, *Scopulariopsis spp*), Feohifomicetos, Zigomicetos y *Pneumocystis spp*¹⁻³. *Microascus spp* son hongos ascomicetos que se identifican por sus estructuras sexuales (peritecio y ascosporas). Algunas especies de *Microascus* (las más frecuentes: *M. cinereus*, *M. cirrosus*, *M. trigonosporus*) manifiestan

formas asexuadas, con hifas y conidios, conocidas como *Scopulariopsis*. El tener las 2 variantes: sexual (*Microascus*) y asexual (*Scopulariopsis*) dificulta su reconocimiento en el laboratorio.

Microascus spp/Scopulariopsis spp son hongos saprofitos del suelo que se han aislado en una amplia variedad de sustratos: plumas de aves, vegetales, insectos, etc. De forma infrecuente han sido identificados como agentes productores de onicomiosis en pacientes inmunocompetentes. Rara vez causan infecciones fúngicas invasivas, pero en las últimas décadas se han comunicado casos aislados de enfermedad severa en pacientes con inmunodepresión, tratamientos antibióticos prolongados o traumatismos/heridas quirúrgicas. La mayoría de las infecciones por *Scopulariopsis spp* son debidas a *S. brevicaulis* aunque *S. trigonospora* también se ha descrito como patógeno en humanos y es la causa de la celulitis en nuestro paciente¹⁻⁴. El espectro de infecciones por *Microascus spp/Scopulariopsis spp* en humanos incluye: formación de bolas fúngicas en cavidades pulmonares preformadas⁵, infecciones oculares⁶, lesiones cutáneas diseminadas en pacientes con SIDA, granulomas subcutáneos⁷⁻⁹, endocarditis¹⁰⁻¹², neumonía¹³, infección diseminada postrasplante de médula ósea, absceso cerebral^{1,4,12} y sinusitis¹⁴.

El examen histopatológico no permite diferenciar la infección por *Scopulariopsis spp* de otras micosis como *Scedosporium spp*, *Acremonium spp*, *Penicillium spp*..., por lo que el diagnóstico se ha de basar en el aislamiento del hongo. Cuando existen las 2 variantes, sexual y asexual, a menudo se requieren cultivos prolongados que permitan ver las dos fases del hongo para su identificación. Las técnicas moleculares, con la secuenciación del 28S rDNA, aseguran una exacta y precoz identificación, y en ocasiones constituyen el único método para conseguirlo^{1-4,12,14}.

Figura 2. Macrofotografía. Colonias aterciopeladas gris oscuro al mes de incubación en agar patata.

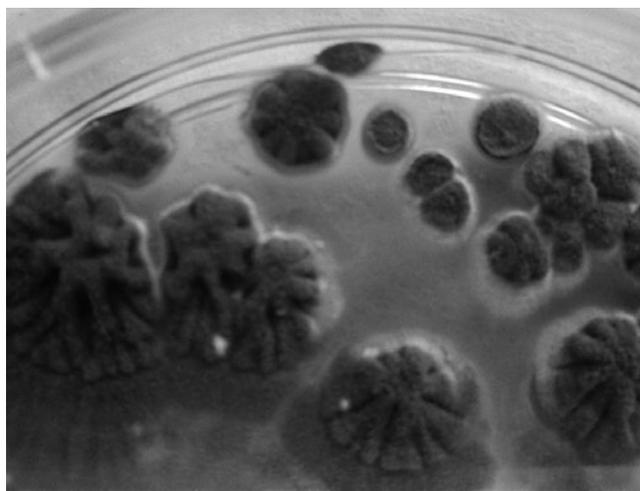
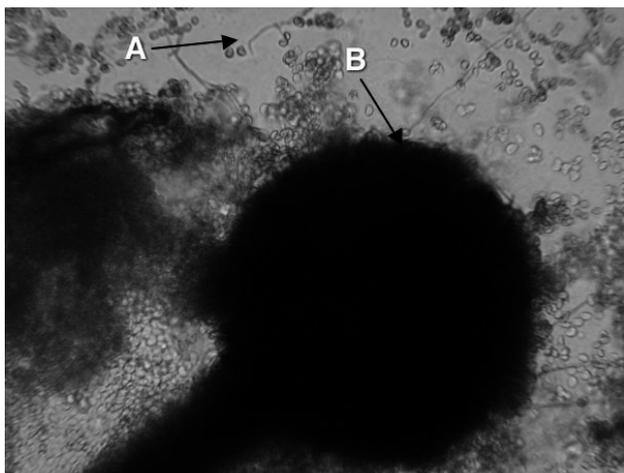


Figura 3. Subcultivo prolongado en agar patata. 40x: Se observan las hifas y conidios redondos (A asexual: *Scopulariopsis*) y el peritecio con las ascosporas cóncavas liberadas (B sexual: *Microascus*)



El tratamiento de elección para las infecciones invasivas por *Scopulariopsis spp* se desconoce; la experiencia clínica se limita a las onicomicosis. Algunos autores señalan una inactividad general “in vitro” de diferentes antifúngicos incluidos anfotericina B, itraconazol y voriconazol. Otros autores señalan mayor actividad in vitro de voriconazol sobre anfotericina B frente a *Scopulariopsis spp* y en algún caso se indica el sinergismo con caspofungina, voriconazol y terbinafina. En general las infecciones por *Scopulariopsis spp* son difíciles de erradicar y no hay datos sobre cuál de los nuevos antifúngicos sólo o combinados son de elección; hay acuerdo en la necesidad de realizar drenaje de colecciones, limpieza quirúrgica y resección de tejidos necróticos, siempre que sea posible. El pronóstico va a depender principalmente del estado inmune del paciente y de la accesibilidad del foco al desbridamiento quirúrgico^{3,4,15-17}.

Agradecimientos

Los autores quieren agradecer al Centro Nacional de Microbiología-Instituto de Salud Carlos III (Majadahonda - Madrid) y especialmente a la Dra Araceli Monzón su colaboración en esta comunicación.

Bibliografía

- Baddley JW, Moser SA, Sutton DA, Pappas PG. Microascus cinereus (Anamorph Scopulariopsis) brain abscess in a bone marrow transplant recipient. J Clin Microbiol 2000; 38: 395-7
- Moreno G, Arenas R. Other fungi causing onychomycosis. Clinics in Dermatology 2010; 28: 160-3
- Fariñas MC, Fernández-Sampedro M, Armiñanzas C. Formas clínicas y tratamiento de las infecciones causadas por otros hongos filamentosos. Enferm Infecc Microbiol Clin. 2012; 30: 414-9
- Steinbach WJ, Schell WA, Miller JL, Perfect JR, Martin PL. Fatal Scopulariopsis brevicaulis infection in a paediatric stem-cell transplant patient treated with voriconazole and caspofungin and a review of Scopulariopsis infections in immunocompromised patients. Journal of infection 2004 (48): 112-6
- Endo S, Hironaka M, Murayama F, Yamaguchi T, Sohara Y, Saito K. Scopulariopsis fungus ball. Ann Thorac Surg 2002; 74: 926-7.
- Gariano, RF, Kalina RE. Posttraumatic fungal endophthalmitis resulting from Scopulariopsis brevicaulis. Retina 1997; 17: 256-8.
- Dhar J, Carey PB. Scopulariopsis brevicaulis skin lesions in an AIDS patient. AIDS 1993; 7: 1283-4.
- Bruynzeel I, Starink TM. Granulomatous skin infection caused by Scopulariopsis brevicaulis. J Am Acad Dermatol 1998; 39: 365-7.
- Sellier P, Monsuez JJ, Lacroix C, Feray C, Evans J, Minozzi C et al. Recurrent subcutaneous infection due to Scopulariopsis brevicaulis in a liver transplant recipient. Clin Infect Dis 2000; 30: 820-3.
- Isidro AMB, Amorosa V, Stopyra GA, Rutenberg HL, Pentz WH, Bridges CR. Fungal prosthetic mitral valve endocarditis caused by Scopulariopsis species: case report and review of the literature. J Thorac Cardiovasc Surg 2006; 131: 1181-3
- Migrino RQ., Hall GS, Longworth DL. Deep tissue infections caused by Scopulariopsis brevicaulis: report of a case of prosthetic valve endocarditis and review. Clin Infect Dis 1995; 21: 672-4.
- Vignon M, Michonneau D, Baixench MT, Al-Nawakil C, Bouscary D, Buzyn A, et al. Disseminated Scopulariopsis brevicaulis infection in an allogeneic stem cell recipient. Bone Marrow Transplant 2011; 46: 1276-7
- Mohammed I, Piens MA, Audigier-Valette C, Gantier JC, Argaud L, Martin O, et al. Fatal Microascus trigonosporus (anamorph Scopulariopsis) pneumonia in a bone marrow transplant recipient. Eur J Clin Microbiol Infect Dis. 2004; 23(3): 215-7.
- Gluck O, Segal N, Yariv F, Polacheck I, Puterman M, Greenberg D, Daniel B. Pediatric invasive sinonasal Scopulariopsis brevicaulis – A case report and literature review. International Journal of pediatric otorhinolaryngology. 2011; 75: 891-3
- Cuenca-Estrella M, Gómez-López A, Buitrago MJ, Mellado E, García-Effron G, Rodríguez-Tudela JL. In vitro activities of 10 combinations of antifungal agents against the multiresistant pathogen Scopulariopsis brevicaulis. Antimicrob Agents Chemother 2006; 50: 2248-50
- Cuenca-Estrella M, Gómez-López A, Mellado E, Buitrago MJ, Monzón A, Rodríguez-Tudela JL. Scopulariopsis brevicaulis: a fungal pathogen resistant to broad spectrum antifungal agents. Antimicrob Agents Chemotherapy 2003; 47: 2339- 41
- Schinabeck MK, Ghannoum MA. Human Hyalohyphomycosis: a review of human infections due to Acremonium spp, Paecilomyces spp, and Scopulariopsis spp. Journal of Chemotherapy 2003; 15 (Suppl 2): 5-15

Macroglobulinemia de Waldenström con transformación a Linfoma del manto

Waldenström Macroglobulinemia with Transformation to Mantle Cell Lymphoma

M. Martínez Gabarrón, J.J. Castellanos Monedero, M.A. Galindo Andúgar, A. Martín Castillo

Servicio de Medicina Interna. Hospital la Mancha Centro. Alcázar de San Juan. Ciudad Real

Resumen

La Macroglobulinemia de Waldenström (MW) es una enfermedad infrecuente con una incidencia de tres casos por millón de habitantes al año aproximadamente¹ y cuyo diagnóstico siempre plantea importantes dudas. La edad media de diagnóstico es de 64 años siendo más frecuente en varones (60%) y en la raza caucásica². Se considera una patología progresiva, crónica y en general de curso lento. La causa más frecuente de muerte son las segundas neoplasias y de todas ellas la transformación a linfoma inmunoblástico causa un pequeño porcentaje de ellas. Exponemos el caso de una mujer diagnosticada de Macroglobulinemia de Waldenström que a pesar de una respuesta inicial completa a la quimioterapia presentó una transformación a linfoma del manto con rápida y nefasta progresión.

Palabras Clave: Macroglobulinemia. Waldenström. Linfoma. Masas abdominales.

Abstract

Waldenström's Macroglobulinemia (MW) is an uncommon disease with an approximate incidence of three cases per million population per year and whose diagnosis presents always important difficulties. The average age of diagnosis is 64 years being more frequent in males (60%) and in the Caucasian race. It is considered a progressive, chronic disease and with a generally slow course. Second malignancies are the most frequent cause of death being transformation to Immunoblastic Lymphoma a small percentage of them. We present the case of a woman diagnosed with Waldenström's Macroglobulinemia who despite an initial complete response to chemotherapy presented a transformation to mantle cell lymphoma with quick and grim progression.

Key words: Macroglobulinemia. Waldenström. Lymphoma. Abdominal masses.

Introducción

La MW fue descrita en 1944 por Jan Waldenström³, se trata de una proliferación monoclonal de linfocitos B con infiltración de médula ósea y órganos linfoides. Cursa con secreción en sangre periférica de un pico monoclonal de IgM. Su causa se desconoce, no se ha encontrado asociación con factores sociodemográficos, patologías o tratamientos previos, consumo de alcohol, profesión, exposición a radiaciones o historia familiar de cáncer. Algunos estudios han sugerido su asociación con enfermedades autoinmunes y estimulación inmune crónica⁴. Aunque parece ser una enfermedad de aparición esporádica en la mayoría de los casos, se ha observado una predisposición familiar en más de un 20% de los pacientes⁵. Es importante mencionar que algunos estudios recientes han demostrado que la presencia de la mutación MYD88 L265P aparece hasta en un 90% de los casos, esto puede ser importante para distinguir esta entidad de otras patologías linfoides⁶.

Durante su evolución pueden aparecer signos y síntomas por la infiltración de tejidos hematopoyéticos y por el pico de IgM monoclonal en sangre. Clásicamente sus signos y síntomas han sido la astenia por anemia y las hemorragias por hiperviscosidad, adenopatías y esplenomegalia en un 25% y con menor frecuencia neuropatía periférica y amiloidosis primaria. En la mayoría aparecen síntomas constituciona-

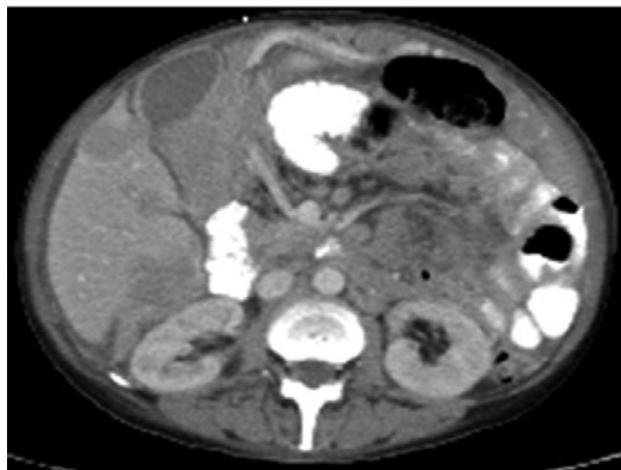
les inespecíficos, pudiendo ser asintomática al diagnóstico hasta en un 25% de los pacientes. Las características de presentación más comunes incluyen debilidad, fatiga, pérdida de peso y epistaxis o gingivorragias recurrentes, asociándose también a infecciones por una disminución relativa de otras inmunoglobulinas. Las alteraciones de laboratorio más frecuentes son: elevación de beta-2 microglobulina, anemia, LDH elevada, neutropenia y trombocitopenia. El aspirado y biopsia de médula ósea con evidencia de infiltración y la detección de un pico monoclonal sérico de IgM son importantes para el diagnóstico. Debe realizarse el diagnóstico diferencial con otras gammopatías monoclonales y linfomas como son la gammapatía monoclonal IgM de significado incierto, mieloma múltiple, leucemia linfocítica crónica y linfoma de células del manto.

La MW se considera una enfermedad incurable y la mitad de los pacientes mueren por progresión de la enfermedad siendo la mediana de supervivencia de unos 5 años. Suele diagnosticarse en pacientes de avanzada edad, y por ello hasta el 50% mueren por otras causas sin relación con la MW. Como consecuencia a todo esto, la decisión de tratar a los pacientes y la elección del tratamiento puede ser compleja⁷. Presentamos el caso de una mujer de 64 años con antecedente de un cáncer de mama que se trató con quimio y radioterapia (agentes potencialmente lesivos para el ADN)

Figura 1. Masa torácica en ángulo cardiofrénico derecho. Moderado derrame pleural derecho.



Figura 2. Masas peritoneales con infiltración de asas intestinales; ascitis; lesión hipodensa en lóbulo hepático izquierdo



y que más tarde fue diagnosticada de MW siendo tratada con Clorambucil con respuesta completa. La paciente debutó a los dos años tras el tratamiento con rápida progresión y aparición de voluminosas masas supra e infradiafrágicas diagnosticándose de linfoma del manto.

Caso clínico

Exponemos el caso de una mujer de 64 años con antecedentes personales de depresión y herpes zoster, que se diagnosticó 7 años antes de carcinoma lobulillar infiltrante de mama izquierda con receptores hormonales positivos, Her-2 negativo por lo que recibió quimioterapia neoadyuvante, en un estadio T2 NO inicial, con Doxorubicina y Ciclofosfamida seguido de taxol; después se sometió a mastectomía radical no objetivándose metástasis ganglionares. Posteriormente recibió radioterapia (50 Gy). En ese momento se encontraba en tratamiento con Letrozol, considerándose la enfermedad en remisión completa. En este contexto, tras varias consultas por astenia e infecciones recurrentes respiratorias, se detecta IgM sérica de 3,5 g/dl, anemia, trombocitopenia y esplenomegalia siendo diagnosticada de Macroglobulinemia de Waldenström tras realización de aspirado de médula ósea que demostró infiltración linfoplasmocítica. El estudio de mutaciones genéticas t(11;14),(q13;q42), t(9;14) y (p13;q32) resultó negativo. Debido a la anemia (Hb 9 mg/dl) y trombocitopenia (90.000/ml) se decide inicio de tratamiento con clorambucil observándose respuesta completa. Desde entonces se realiza seguimiento de la paciente en consultas. Actualmente se encontraba en tratamiento únicamente con Letrozol y Vitamina D.

La mujer acude al Servicio de Urgencias por cuadro de dolor abdominal con aumento de su perímetro y sudoración de varios días de evolución asociado a alteración del ritmo intestinal, astenia y anorexia. En la exploración física llama la atención la palidez mucocutánea, hipoventilación en base derecha y abdomen distendido con palpación dolorosa y múltiples masas de localización difusa. El resto de la exploración fue normal.

Las alteraciones analíticas que pudieron observarse fueron: Hemoglobina 8,9 g/dl [12-16], GOT 108 U/l [10-40], GPT 139 U/l

[10-40], Bilirrubina total 1,6 mg/dl [0,2-1,1], Bilirrubina directa 1,1 mg/dl [0,1-0,4], PCR 11,8 mg/dl [0-0,5] y sodio 125 mEq/l. El resto fue normal.

La radiografía de tórax mostró un aumento de densidad en el seno cardiofrénico derecho (Figura 1). En la radiografía de abdomen destacó la escasa presencia de gas. Se realizó una ecografía de abdomen urgente que objetivó grandes masas adenopáticas y lesiones hepáticas sugestivas de metástasis.

Durante el ingreso se realizó una ecografía de abdomen donde se observó una lesión de gran tamaño en el lóbulo hepático izquierdo con aspecto infiltrativo de unos 8 cm de diámetro mayor y múltiples masas abdominales, retroperitoneales y en el espacio subhepático. En la TAC de tórax, abdomen y pelvis (Figura 2) se objetivó una masa torácica en el ángulo cardiofrénico de 8 cm, moderado derrame pleural derecho con masas pleurales metastásicas, adenopatías patológicas supraclaviculares izquierdas de hasta 3 cm y en cadena mamaria interna derecha de hasta 2 cm, voluminosas masas peritoneales en raíz de mesenterio y en el omento mayor con infiltración de asas intestinales, lesión hepática hipodensa en lóbulo izquierdo, de unos 10 cm de diámetro máximo y adenopatías patológicas inguinales bilaterales de predominio izquierdo. Ante estos hallazgos se planteó el diagnóstico diferencial entre una afectación metastásica supra e infradiafrágica del carcinoma de mama y un síndrome linfoproliferativo. Para tratar de llegar al diagnóstico se llevó a cabo una biopsia con aguja gruesa (16 G) guiada por ecografía que se realizó con anestesia local sobre un importante engrosamiento peritoneal a nivel de la fosa ilíaca izquierda. El estudio anatomopatológico inicial resultó compatible con linfoma.

Durante su estancia hospitalaria la paciente presentó una mala evolución clínica con deterioro progresivo de su estado general y parámetros analíticos, destacando una anemización progresiva, leucopenia y sufriendo un empeoramiento de la función renal, hiperuricemia, hiperfosfatemia e hiperpotasemia, presentando además elevación de LDH. Ante estos hallazgos se decidió iniciar tratamiento para el síndrome de lisis tumoral y debido a la progresión del cuadro se decidió traslado urgente a un centro con

posibilidades de tratamiento renal sustitutivo e inicio precoz de tratamiento específico para el linfoma.

La paciente caso presentó un empeoramiento progresivo tras el traslado, falleciendo a las 24 horas del mismo sin poder iniciar un tratamiento dirigido al linfoma. El informe definitivo de Anatomía Patológica concluyó que se trataba de un Linfoma de células del manto.

Discusión

La MW es una patología infrecuente cuya evolución puede variar enormemente desde presentar una rápida progresión con una supervivencia menor de 2 años hasta ser su curso lento con una supervivencia mayor de 10 años. La mitad de las muertes ocurren por segundas neoplasias, de todas estas se estima que aproximadamente el 20% se debe a transformación a linfoma inmunoblástico cursando con disminución del componente monoclonal sérico y aumento de las masas tumorales linfoides, siendo esta la causa de un 6% del total de muertes.

Estudios previos han descrito la aparición de tumores sólidos en un 10 a un 14% de los pacientes y la transformación a linfoma de alto grado en aproximadamente un 2%, ocurriendo esto durante su seguimiento⁸ y con menor frecuencia antes del diagnóstico de MW. La incidencia de tumores sólidos se ha estimado en un 17% a los 15 años y de neoplasia maligna secundaria en un 8%. Presentar el diagnóstico de MW se ha asociado con un mayor riesgo de linfoma B difuso de células grandes, síndrome mielodisplásico, leucemia mieloide aguda y neoplasias malignas cerebrales⁹. Las neoplasias malignas hematológicas han demostrado presentar un mayor riesgo de presentación en pacientes sometidos a tratamiento, no observándose dicha relación en pacientes no tratados, aunque otros estudios no alcanzaron significación estadística¹⁰. Algunos estudios han mostrado un mayor riesgo de neoplasias hematológicas (leucemia mieloide aguda o linfoma) después de recibir tratamiento con un análogo de purinas, sin embargo en otros no se ha observado esta asociación.

En el diagnóstico diferencial es importante considerar Mieloma Múltiple IgM, Linfoma de la zona marginal, Linfoma de células del manto y Linfoma folicular. Una posibilidad en este caso es que desde el inicio se tratara de un Linfoma del manto, que respondió parcialmente con un desenlace fatal.

Los principales factores predictores de mal pronóstico son la edad avanzada, anemia, presentar unos niveles de albúmina sérica bajos, la concentración elevada de β 2-microglobulina, leucopenia y trombocitopenia. En un estudio con pacientes sintomáticos se observó que la presencia de edad mayor de 65 años y organomegalia estaban asociadas con mal pronóstico¹¹. Pacientes con ninguno, uno o ambos de estos factores adversos tuvieron tasas de supervivencia estimada a los 10 años de 57, 16 y 5%, respectivamente. Presentar

además una beta-2 microglobulina ≥ 4 mg/L, se asoció con un aumento de tres veces el riesgo de muerte.

En cuanto al tratamiento, los casos de MW asintomáticos no deben ser tratados inicialmente, debido a su buen pronóstico y a los efectos secundarios del tratamiento a corto y largo plazo. Para los casos sintomáticos, no existe un tratamiento estándar aprobado por la Food and Drug Administration (FDA) ni por la Agencia Europea del medicamento¹². Las recomendaciones terapéuticas incluyen agentes alquilantes, análogos de purinas, y anticuerpos monoclonales (Rituximab)¹³. Otras medidas terapéuticas son la plasmaféresis o el trasplante autólogo de células hematopoyéticas en casos seleccionados.

La respuesta completa se define como la desaparición de los síntomas, normalización de los niveles séricos de IgM con completa desaparición del pico monoclonal en la inmunofijación, una biopsia de médula ósea sin evidencia de enfermedad y la desaparición de las adenopatías y esplenomegalia. Se considera respuesta parcial y respuesta mínima a las que alcanzan un 50% o de un 25-49% de reducción de los niveles de IgM sérica, respectivamente.

Nos encontramos ante una patología de gran heterogeneidad en cuanto a su pronóstico, debido fundamentalmente a características clínicas del paciente. La decisión de tratar se hace en base a una estimación del riesgo del paciente teniendo en cuenta la presencia de factores predictivos de mala evolución clínica. Nunca debemos olvidar las consecuencias del tratamiento a corto y largo plazo como son el desarrollo de linfomas agresivos o leucemia en un pequeño porcentaje de los pacientes sometidos a tratamiento con análogos de los nucleósidos o agentes alquilantes¹⁴. La administración de Clorambucil, un agente alquilante, se ha asociado con linfomas, leucemia aguda y síndromes mielodisplásicos, apareciendo dichas alteraciones en un 8% de los pacientes tratados con este fármaco¹⁵. Además, este fármaco es tóxico para las células madre y por lo tanto no es un tratamiento adecuado para los pacientes que son candidatos para trasplante autólogo de células hematopoyéticas. Se puede considerar en pacientes mayores con una gran carga tumoral no candidatos a Rituximab o tras su fracaso. Consideramos que es muy importante una buena valoración antes del inicio del tratamiento considerando las comorbilidades que pudieran influir en el pronóstico.

Este caso ilustra la posible evolución desfavorable y precoz a pesar de recibir tratamiento con respuesta completa al mismo. Por ello consideramos que la decisión de iniciar el tratamiento y la elección del agente terapéutico, debe ser lo más individualizada posible teniendo en cuenta todos los antecedentes personales y características clínicas del paciente. Creemos que se necesitarían más estudios para aclarar

la asociación de determinadas características clínicas de los pacientes diagnosticados de MW y su relación con el pronóstico. Decidir quiénes son candidatos a tratamiento en esta patología y el fármaco más indicado continúa siendo un reto para el clínico.

Bibliografía

1. Fonseca R, Hayman S. Waldenström macroglobulinaemia. *Br J Haematol* 2007; 138:700-20.
2. García-Sanz R, Montoto S, Torrequebrada A, et al. Waldenström macroglobulinaemia: presenting features and outcome in a series with 217 cases. *Br J Haematol* 2001; 115:575-82.
3. Waldenström J. Incipient myelomatosis or "essential" hyperglobulinemia with fibrinogenopenia: a new syndrome? *Acta Med Scand* 1944; 117:216-222.
4. Koshiol J, Gridley G, Engels EA, et al. Chronic immune stimulation and subsequent Waldenström macroglobulinemia. *Arch Intern Med* 2008; 168:1903.
5. Royer RH, Koshiol J, Giambarresi TR, et al. Differential characteristics of Waldenström macroglobulinemia according to patterns of familial aggregation. *Blood* 2010; 115:4464-71.
6. Treon SP, Xu L, Yang G, Zhou Y, Liu X, Cao Y, et al. MYD88 L265P somatic mutation in Waldenström's macroglobulinemia. *The New England journal of medicine*. 2012; 367:826-33.
7. Ansell SM, Kyle RA, Reeder CB, Fonseca R, Mikhael JR, Morice WG, Bergsagel PL, Buadi FK, Colgan JP, Dingli D, Dispenzieri A, Greipp PR, Habermann TM, Hayman SR, Inwards DJ, Johnston PB, Kumar SK, Lacy MQ, Lust JA, Markovic SN, Micallef IN, Nowakowski GS, Porrata LF, Roy V, Russell SJ, Short KE, Stewart AK, Thompson CA, Witzig TE, Zeldenrust SR, Dalton RJ, Rajkumar SV, Gertz MA. Diagnosis and management of Waldenström macroglobulinemia: Mayo stratification of macroglobulinemia and risk-adapted therapy (mSMART) guidelines. *Mayo Clin Proc*. 2010; 85:824-33.
8. Morel P, Monconduit M, Jacomy D et al. Prognostic factors in Waldenström macroglobulinemia: a report on 232 patients with the description of a new scoring system and its validation on 253 other patients. *Blood*. 2000; 96:852-8.
9. Morel P, Merlini G. Risk stratification in Waldenström macroglobulinemia. *Expert Rev Hematol*. 2012;5:187-99.
10. Varettoni M, Tedeschi A, Arcaini L, Pascutto C, Vismara E, Orlandi E, Ricci F, Corso A, Greco A, Mangiacavalli S, Lazzarino M, Morra E. Risk of second cancers in Waldenström macroglobulinemia. *Ann Oncol*. 2012 ;23:411-5.
11. Ghobrial IM, Fonseca R, Gertz MA, et al. Prognostic model for disease-specific and overall mortality in newly diagnosed symptomatic patients with Waldenström macroglobulinemia. *Br J Haematol* 2006; 133:158.
12. Treon SP, Gertz MA, Dimopoulos M, et al: Update on treatment recommendations from the Third International Workshop on Waldenström's macroglobulinemia. *Blood* 2006; 107: 3442-3446.
13. Dimopoulos MA, Gertz MA, Kastritis E, et al: Update on treatment recommendations from the Fourth International Workshop on Waldenström's Macroglobulinemia. *J Clin Oncol* 2009; 27: 120-26.
14. Leleu X, Soumerai J, Roccaro A, et al. Increased incidence of transformation and myelodysplasia/acute leukemia in patients with Waldenström macroglobulinemia treated with nucleoside analogs. *J Clin Oncol* 2009; 27:250-55.
15. Rosner F, Grünwald HW. Multiple myeloma and Waldenström's macroglobulinemia terminating in acute leukemia. Review with emphasis on karyotypic and ultrastructural abnormalities. *N Y State J Med* 1980; 80:558-70.



congreso de la Sociedad Gallega de Medicina Interna

Viernes 7 de Junio de 2013

Talleres precongresuales

09:45 **Recepción** y entrega de documentación a los asistentes a los talleres

de **Taller 1**

10:00 **Manejo de la hiperglucemia en el hospital**

a 14:00
Dr. José Guerrero Lombardía
Servicio de Medicina Interna.
Hospital Universitario Lucus Augusti. Lugo
Con la colaboración de Novo Nordisk

Taller 2

Ecografía clínica en el diagnóstico de la enfermedad tromboembólica

Dr. Juan Torres Macho
Coordinador del Servicio de Urgencias.
Hospital Infanta Cristina. Parla, Madrid
Con la colaboración de Rovi

Taller 3

Casos clínicos en hiponatremia

Dr. Manuel de Toro Santos
Médico Internista.
Complejo Hospitalario Universitario de Ourense
Con la colaboración de Otsuka

14:00 **Comida de trabajo**
(para asistentes a talleres)

XXX Congreso de la Sociedad Gallega de Medicina Interna

Viernes 7 de Junio de 2013

16:00 **Recepción** y entrega de documentación

16:30 **Comunicaciones orales**

Moderan:

Dr. Vicente Ramos Polledo

Servicio de Medicina Interna.
Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña

Dra. M^a José Rivas Bande

Servicio de Medicina Interna.
Hospital Universitario Lucus Augusti. Lugo

17:30 **Mesa redonda 1**

Novedades en anticoagulación y trombosis

Modera: **Dra. Beatriz Pombo Vide**

Servicio de Medicina Interna.
Hospital Universitario Lucus Augusti. Lugo

Ponencias

Tratamiento de la ETEV tras los 3-6 meses iniciales ¿Qué hacer?

Dr. Julio Montes Santiago

Servicio de Medicina Interna.
Hospital Meixoeiro. Vigo

Nuevos anticoagulantes orales en la enfermedad tromboembólica venosa

Dr. Ferrán García-Bragado Dalmau

Servicio de Medicina Interna.
Hospital Dr. Josep Trueta. Girona

Novedades en la estratificación pronóstica de los pacientes con TEP

Dr. David Jiménez Castro

Servicio de Neumología.
Hospital Ramón y Cajal, IRYCIS. Madrid

19:00 **Pausa-café**

19:30 **Inauguración oficial**

19:45 **Conferencia**

La literatura en la formación del médico internista

Dr. Fco. Javier Barbado Hernández

Jefe de sección de Medicina Interna.
Hospital Universitario La Paz. Madrid

20:30 **Asamblea general ordinaria de la SOGAMI**

22:00 **Cena**

Sábado 8 de Junio de 2013

9:00 **Comunicaciones orales**

Moderan:

Dr. José Antonio Díaz Peromingo

Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago

Dr. Álvaro Fernández Rial

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Lucus Augusti. Lugo

10:00 **Mesa redonda 2**

Nuevas formas de gestión clínica en medicina interna

Modera: **Dra. Pilar Román Sánchez**

Presidenta de la Sociedad Española de Medicina Interna

Ponencias

Gestión de enfermedades muy prevalentes: experiencia y proyectos en insuficiencia cardiaca desde la Medicina Interna.

Dr. Álvaro González Franco

Unidad de Insuficiencia Cardíaca. Unidad de Gestión Clínica de Medicina Interna.
Hospital Universitario Central de Asturias.

Medicina consultiva

Dr. Jordi Casademont i Pou

Jefe del Servicio de Medicina Interna. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona

Continuidad asistencial entre

Medicina Interna y Atención Primaria

Dr. Manuel Ollero Baturone

Director del Plan andaluz de Atención Integral a Pacientes Crónicos.
Unidad de Gestión Clínica de Atención Médica Integral.
Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

11:30 **Pausa-café**

12:00 **Mesa redonda 3**

Actualización en patología infecciosa

Modera: **Dr. José Francisco García Rodríguez**

Unidad de Enfermedades Infecciosas. Servicio de Medicina Interna.
Área Sanitaria de Ferrol

Ponencias

Infecciones relacionadas con las terapias biológicas

Dr. Miguel Santín Cerezales

Servicio de Enfermedades Infecciosas. Hospital Universitari de Bellvitge. Barcelona

Streptococcus bovis y neoplasia de colon

Dr. Juan Corredoira Sánchez

Sección de Enfermedades Infecciosas. Servicio de Medicina Interna.
Hospital Universitario Lucus Augusti

Via verde da Sepsis: a experiencia portuguesa

Dr. José Artur Paiva

Coordenador Nacional da Via Verde da Sepsis. Direção Geral da Saúde. Portugal

13:30 **Entrega de premios. Ceremonia de clausura**

COMUNICACIONES ORALES

WERNICKE-SEMI: ESTUDIO MULTICÉNTRICO SOBRE LA ENCEFALOPATÍA DE WERNICKE EN ESPAÑA. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE 542 CASOS

Chamorro AJ (1), Antúñez-Jorge E (2), Fernández-Rodríguez CM (3), Alvela-Suárez L (4), Castro J (5), Polvorosa-Gómez MA (6), Del Valle-Sánchez M (7), López Castro J (8) y resto del Grupo Wernicke-SEMI.

(1) COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE OURENSE, (2) HOSPITAL CLINIC DE BARCELONA, (3) HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CANARIAS, (4) COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE SANTIAGO DE COMPOSTELA, (5) HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE CIUDAD REAL, (6) HOSPITAL MATEU ORFILA (MENORCA), (7) COMPLEJO HOSPITALARIO DE SORIA, (8) HOSPITAL COMARCAL DE VALDEORRAS (OURENSE).

INTRODUCCIÓN: La encefalopatía de Wernicke (EW) es una patología neuropsiquiátrica caracterizada por la presencia de ataxia de la marcha, oftalmoplejía y confusión mental debida a un déficit de tiamina. Se presentan los resultados descriptivos preliminares del estudio Wernicke-SEMI.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo multicéntrico nacional (21 hospitales participantes) que incluyó a todos los pacientes dados de alta con el diagnóstico de EW, desde el año 2000 al 2011. Se valoraron diferentes variables epidemiológicas, clínicas, analíticas, radiológicas y terapéuticas registradas durante el episodio de EW.

RESULTADOS: Se seleccionaron 542 pacientes. Entre los resultados descriptivos destacan que un 80,6% fueron varones con una edad media de 55,17 años (desviación estándar [DE] = 12,54) y una estancia media de 22,01 días (DE = 24,53). En cuanto al servicio responsable del alta, en primer lugar se sitúa medicina interna (51,8%) seguida de neurología (27,5%) y psiquiatría (5,7%). Entre los antecedentes personales, destacan un 91,7% de alcoholismo, 61,6% de tabaquismo, y un 9,2% de diabetes mellitus tipo 2. Entre otros datos de comorbilidad asociada, la malnutrición con un 28,6%, seguida de la hepatopatía crónica 22,2% son los más frecuentes. Los pacientes cumplen con los criterios de la triada clásica en un 33% frente al 85,8% que presenta los criterios de Caine. El síntoma que aparece con mayor frecuencia es el la alteración del estado mental o los trastornos leves de memoria (80,1%), seguida de la ataxia (73,2%). El síndrome de abstinencia menor fue diagnosticado en el 8,3% y el mayor en el 13,5% de los casos. Se practicó RM cerebral en un 52,2% de los casos y la TC craneal en el 70,3%. El hallazgo radiológico que más frecuentemente se detecta es la atrofia córtico-subcortical (62%), seguida de la leucoaraiosis periventricular (17,9%). El 96,7% de los pacientes recibieron tiamina, mientras que sólo un 4,1% de los pacientes recibió magnesio. Un 2% de los pacientes recibió suero glucosado antes que la tiamina. La recuperación clínica fue completa en el 24,4%, parcial en el 60,9% y nula en el 8,3%. La mortalidad durante el ingreso se situó en el 5,2%.

CONCLUSIONES: Se presentan los primeros resultados preliminares del estudio Wernicke-SEMI que en nuestro conocimiento es el estudio con mayor número de pacientes diagnosticados de EW publicado previamente. En el análisis descriptivo, se destaca que este tipo de patología es seguida principalmente por internistas. También que el alcoholismo sigue siendo el principal factor de riesgo y comorbilidad asociada. Un elevado porcentaje de casos cumple con los criterios de Caine, más sensibles pero menos específicos. A poco más de la mitad de los pacientes se les practicó una RMN y la inmensa mayoría no recibió tratamiento con magnesio. Sólo un cuarto de los pacientes tuvo recuperación completa al alta.

Agradecimientos: a la SEMI y al grupo de estudio Wernicke-SEMI

SEGUIMIENTO PROSPECTIVO DURANTE 24 AÑOS DE LA BACTERIEMIA POR STREPTOCOCCUS BOVIS.

García-Rodríguez JF, Gómez Buela I, Sardino Ferreiro R, Álvarez-Díaz H., Mariño-Callejo A., Sesma Sánchez P.

COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE FERROL

INTRODUCCIÓN: La incidencia y características de la bacteriemia por *Streptococcus bovis* (*S. bovis*) es poco conocida y presenta diferencias geográficas importantes.

OBJETIVO: Conocer la incidencia y características de la bacteriemia por *S. bovis*.

MÉTODOS: Seguimiento prospectivo durante 24 años (1989-2012) de las bacteriemias en un centro hospitalario de 350 camas. La identificación de los gérmenes y el estudio de sensibilidad se realizó por métodos standard según normas del CLSI. Para cada episodio de bacteriemia por *S. bovis* se recogieron: fecha, servicio, sexo, edad, biotipo del germen, factores de riesgo, origen, estudios del tracto digestivo realizados, patología asociada, sensibilidad, tratamiento y evolución. La incidencia de bacteriemia por *S. bovis* se ajustó por 100.000 habitantes-año y por número de ingresos. Se realizó un estudio descriptivo y comparativo de las variables entre la bacteriemia por *S. bovis* tipo I y II. Las variables cualitativas se compararon mediante un test de Chi cuadrado y las cuantitativas con el test de Student.

RESULTADOS: De los 3.837 episodios de bacteriemia seguidos, 58 (1,5%) fueron por *S. bovis* [30 (56,6%) *bovis* I, 23 (43,4%) *bovis* II y 5 (8,6%) no tipados]. De los 58, 36 (62,1%) fueron varones y 22 mujeres, media de edad 72,2±10,9 años (amplitud 41-99 años), sin diferencias según los serotipos. La incidencia aumentó desde 0,84/100.000 habitantes (14,8/1.000 ingresos) en los 12 primeros años del estudio hasta 1,58/100.000 habitantes (25,87/1.000 ingresos) en los últimos 12 años. Los pacientes con bacteriemia por *S. bovis* I con mayor frecuencia presentaron endocarditis [27/30 (87,1%) vs 4/23 (12,9%), P<0,05],

más mortalidad asociada a la bacteriemia (16,7% vs 4,3%, p=0,38), se les realizó estudio endoscópico de colon [20/30 (66,7%) vs 7/23 (30,4%), p=0,15], y presentaron con mayor frecuencia que los pacientes con bacteriemia por *S. bovis* II cáncer y adenomas en colon [9/30 (30%) vs 2/23 (8,7%), p=0,18] coincidiendo con el episodio de bacteriemia. La bacteriemia por *S. bovis* II con mayor frecuencia presentó un origen en la vía biliar [6/23 (26,1%) vs 0/30 (0%), p=0,01] o en una peritonitis bacteriana espontánea del cirrótico [3/23 (13%) vs 0/30 (0%), p=0,09], fue polimicrobiana [9/23 (39,1%) vs 3/30 (10%), p=0,06] y se asoció con otros cánceres no colónicos [4/23 (17,4%) vs 2/30 (6,7%), p=0,39]. De 7 pacientes sin neoplasia de colon coincidiendo con la bacteriemia por *S. bovis*, 2 (28,6%) pacientes desarrollaron un cáncer colon y 1 (14,3%) un adenoma en colonoscopias de control realizadas en un seguimiento a 5,2±3,1 años.

CONCLUSIONES: La incidencia de bacteriemia por *S. bovis* está aumentando. La bacteriemia por *S. bovis* I se asocia con endocarditis. La bacteriemia por *S. bovis* II se asocia a un foco de origen intraabdominal y es polimicrobiana. La presencia de una bacteriemia por *S. bovis* debe ser un marcador para descartar la presencia de neoplasias en colon.

INCIDENCIA Y CARACTERÍSTICAS DE LA TUBERCULOSIS ASOCIADA AL TRATAMIENTO CON ANTI-TNF

García-Rodríguez JF, Gómez Buela I, Lijó Carballeda C, García Alén D, Álvarez-Díaz H., Mariño-Callejo A, Sesma Sánchez P.

COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE FERROL

INTRODUCCIÓN: La tuberculosis (TB) en pacientes a tratamiento con anti-TNF tiene una incidencia y una presentación diferentes a la de la población general.

OBJETIVO: Conocer la incidencia y características de la TB diagnóstica en pacientes a tratamiento con anti-TNF.

MÉTODOS: Análisis de los casos nuevos de TB diagnosticados entre 1999-2012 en un área sanitaria con 200.000 habitantes, y de los pacientes seguidos de forma prospectiva en una consulta monográfica. Para cada caso de TB diagnosticado en el área se recogieron datos sobre: sexo, edad, antecedente de TB, coinfección por VIH, tratamiento anti-TNF, método diagnóstico y localización de la TB. Para los pacientes seguidos en consulta se recogieron además: factores de riesgo para desarrollar TB, contacto con TB pulmonar, vacunación con BCG, Mantoux previo, datos de la clínica, pruebas complementarias y tratamiento. Se describen y comparan las características de la TB en pacientes (VIH negativos) a tratamiento con anti-TNF frente a las de los pacientes no tratados con anti-TNF. Las variables cualitativas se compararon mediante un test de Chi cuadrado y prueba exacta de Fisher, y las variables cuantitativas con la prueba U de Mann-Whitney.

RESULTADOS: Se diagnosticaron 951 casos de TB, 674 de ellos fueron seguidos en la consulta. La incidencia descendió desde 58,5/100.000 habitantes en 1999 hasta 19/100.000 habitantes en 2012. Recibieron tratamiento con algún anti-TNF 540 pacientes (186 Infliximab, 290 Adalimumab, 145 Etanercept, 49 otros) y 5 desarrollaron TB, incidencia 28,3 veces mayor que la incidencia media en la población general en el periodo de estudio (32,7/100.000 habitantes). De los 5 pacientes, 3 fueron varones, edad 58,6±12,4 años, 3 estaban vacunados con BCG, ninguno reconocía contacto con casos de TB pulmonar en los meses o años previos y los 5 tenían una prueba de Mantoux negativa (realizada en otras consultas) antes de iniciar los anti-TNF (3 con efecto Booster negativo). La TB se diagnosticó en un caso a los 5 años de iniciar el tratamiento con anti-TNF y en los 4 restantes a los 7,7±0,96 meses. La localización de la TB fue: 1 pleural, 2 peritoneal y 2 miliar. Los pacientes a tratamiento con anti-TNF presentaron mayor edad (58,2±11,8 vs 43,7±20,1 años, p=0,08) y mayor frecuencia de localización miliar (40% vs 3,6%; RR 17,9, IC95%: 2,9-112,2, p=0,013) y peritoneal (40% vs 1,2%; RR 55, IC95%: 8,1-375,2, p=0,002) de la TB que los pacientes sin tratamiento con anti-TNF. Los 5 casos fueron tratados 6-9 meses con pautas de Isoniacida, Rifampicina y Pirazinamida. Todos curaron en un seguimiento a 3,4±1,6 años (amplitud 1,4-5,7 años).

CONCLUSIONES: La incidencia de TB en pacientes tratados con anti-TNF fue 28 veces mayor que en la población general. La TB se presentó a los pocos meses de iniciar el tratamiento con anti-TNF, posiblemente por reactivación de una infección TB latente no identificada de forma correcta, y fue con mayor frecuencia de localización miliar y peritoneal.

BACTERIEMIA POR ANAEROBIOS: TAMBIÉN UN PROBLEMA EN LOS SERVICIOS DE MEDICINA INTERNA.

Vázquez Rodríguez P, Ramos Merino L, Castelo Corral LM, Isorna Porto MJ, Vázquez Vigo R, Sánchez Vidal E, Miguez Rey E, Alonso Mesonero D, Sousa Regueiro D, Linares Mondéjar P

COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO A CORUÑA

INTRODUCCIÓN: la bacteriemia por anaerobios se ha relacionado tradicionalmente con infecciones abdominales, pélvicas y, de piel y partes blandas. Esta predictibilidad clínica, junto con el descenso de la incidencia observado por algunos autores, ha puesto en discusión el uso rutinario de la botella anaerobia del hemocultivo.

OBJETIVO: describir la incidencia y características clínicas de la bacteriemia por anaerobios.

MATERIAL Y MÉTODO: estudio observacional retrospectivo de los casos de bacteriemia verdadera por anaerobios (BA) en un hospital terciario entre los años 2008 y 2012, ambos inclusive. Se evaluaron: factores de riesgo, origen, foco, microorganismo implicado, tratamiento antimicrobiano y quirúrgico, y pronóstico. Se utilizó el programa SPSS 18.0.

RESULTADOS: se identificaron 242 episodios de BA. La incidencia media fue de $48 \pm 8,4$ (42-63) casos/año. El 40,5% fueron de origen nosocomial y el 17,4%, relacionados con el cuidado sanitario. Las áreas de hospitalización más frecuentes fueron: Medicina Interna (24%), UCI (20,2%), Cirugía General (17,8%), Oncohematología (14,1%), Digestivo (5%). La edad media de los casos fue de $64,5 \pm 16,4$ años (32%, ≥ 75 años) y el índice Charlson-edad medio de $5,9 \pm 3,4$ (0-15). Las características basales de los pacientes se muestran en la tabla 1. El foco de la bacteriemia fue: abdominal (52%), desconocido (17,8%), piel y partes blandas (8,6%), genitourinario (7,9%), respiratorio (6,2%), endovascular (2,4%), otros (2,4%). En 30,6% de los episodios (n 74) la infección fue polimicrobiana. Los microorganismos aislados con mayor frecuencia fueron: *Bacteroides* spp. (n 118), *Clostridium* spp. (n 61), *Fusobacterium* spp. (n 24), *Peptostreptococcus* spp. (n 17). Sólo en 40 casos el microorganismo anaerobio se aisló en medio aerobio. Treinta y tres pacientes desarrollaron sepsis grave (13,6%) y 54, shock séptico (22,3%) (APACHE II medio: $18 \pm 8,7$). El episodio de BA motivó el ingreso en UCI en 76 casos (31,4%). Doce pacientes no recibieron tratamiento antimicrobiano. Una antibioterapia empírica fue iniciada en 214 episodios (88,4%). Se realizó una intervención dirigida a la erradicación del foco en 78 pacientes (32,2%). La mortalidad a 30 días fue del 22,4% (54), siendo la mortalidad atribuible del 14,6% (35). Ocho de los pacientes no tratados fallecieron.

CONCLUSIONES: 1. La BA es una entidad frecuente, y representa un problema clínico fundamentalmente en áreas de hospitalización médica. 2. Los pacientes presentan edad avanzada y comorbilidad compleja, especialmente enfermedades neoplásicas e inmunosupresión severa. 3. Aunque el foco más frecuente continúa siendo el abdominal, en un importante porcentaje de casos el foco es desconocido, lo que limita la predictibilidad clínica de la BA. 4. Son infecciones graves con una tasa elevada de shock séptico y mortalidad.

ESTUDIO COMPARATIVO DE INGRESOS HOSPITALARIOS POR HEMORRAGIA EN ENFERMOS ANTICOAGULADOS Y NO ANTICOAGULADOS. ANÁLISIS DE MORTALIDAD

Piñeiro Fernández JC, Ventura Valcárcel P, López Reboiro M, Matesanz Fernández M, Iñiguez Vázquez I, Rubal Bran D, Rabuñal Rey R

HOSPITAL UNIVERSITARIO LUCUS AUGUSTI. LUGO

INTRODUCCIÓN: el adecuado cumplimiento de las guías de práctica clínica ha propiciado un aumento progresivo del número de pacientes anticoagulados, incluyendo aquellos con edad avanzada o comorbilidad. Esta circunstancia conlleva un aumento concomitante de los casos de hemorragia.

OBJETIVOS: estudiar si las características y evolución clínica de los enfermos ingresados con hemorragia son diferentes en pacientes anticoagulados, así como valorar la influencia de la anticoagulación en la mortalidad relacionada con el episodio.

Método: estudio retrospectivo de todos los enfermos ingresados por hemorragia en el Hospital Universitario Lucus Augusti de Lugo durante el año 2011. Se comparó el grupo de pacientes anticoagulados con el resto, excluyendo los casos que recibían antiagregación. Se analizaron las siguientes variables: edad y sexo, localización, filtrado glomerular (FG), polifarmacia, comorbilidad, indicación de la anticoagulación, índice HASBLED, número de transfusiones y mortalidad. En el análisis estadístico se usó el programa estadístico SPSS 17.

RESULTADOS: Se estudiaron 397 casos (60,7% hombres) de hemorragia, 96 anticoagulados (31,8%) y 301 no anticoagulados. Los pacientes anticoagulados tenían más edad (80,6 DS 7,9 vs 68 DS 17,7, $p < 0,0001$), tomaban más fármacos (6,8 DS 2,8 vs 3,8 DS 3,5, $p < 0,0001$), mayor frecuencia de insuficiencia renal (FG < 60) (51% vs 31,9%, $p < 0,001$), mayor puntuación en el índice de Charlson (5 DS 2,5 vs 3,5 DS 3,1, $p > 0,0001$) y en la clasificación HASBLED (2,1 DS 1,4 vs 0,1 DS 0,6, $p < 0,0001$). No hubo diferencias en cuanto al sexo, la localización de la hemorragia (cerebral vs resto), el número de transfusiones recibidas, la estancia media ni en la mortalidad (12,5% vs 15,1%, p NS). Tras el análisis de la historia, se consideró que el 34,4% de los pacientes anticoagulados presentaban al menos una contraindicación para la anticoagulación. Los factores independientes predictores de mortalidad fueron la localización (cerebral vs otras) de la hemorragia (OR 3,4; IC 95% 1,7-6,8), un FG < 60 (OR 2,7; IC 95% 1,4-5,3) y la transfusión de 3 o más concentrados de hemáties (OR 2,1; IC 95% 1,08-4,4). La anticoagulación no se asoció con el riesgo de fallecer durante el ingreso.

CONCLUSIONES: entre los pacientes que ingresan por hemorragia, los pacientes anticoagulados tienen un perfil de riesgo de sangrado, comorbilidad y complejidad superior al resto. La anticoagulación per se no es predictora de mortalidad en enfermos ingresados con hemorragia.

ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LA MORTALIDAD EN UNA CONSULTA MONOGRÁFICA PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA Y PLURIPATOLOGÍA

De La Fuente S, Cerqueiro JM, Abeledo C, Lorenzo ML, Rubal D

HOSPITAL LUCUS AUGUSTI LUGO

OBJETIVOS: 1. Conocer las características de los pacientes con IC que fallecen durante su seguimiento en una consulta monográfica dirigida por internistas y enfermería especializada. 2. Estimar el riesgo de mortalidad.

MATERIAL Y METODOS: Se realiza un estudio retrospectivo de los pacientes con IC que se incorporaron a la consulta monográfica de ICC entre Sept- 2005 y Dic-2010. Se recogieron datos clínicos y demográficos de la historia clínica de cada paciente. Los estadísticos descriptivos se expresan como porcentajes, medias y medianas \pm SD. Para algunas variables se utilizaron el rango intercuartil o el intervalo de confianza. La distribución de las variables cuantitativas se evaluó mediante el test de Kolmogorov-Smirnov. Para la comparación de variables cualitativas se empleó el test de Chi-cuadrado o el test de Fisher. Para analizar las relaciones entre las variables cuantitativas se utilizó el test T-Student o el test U de Mann Whitney. Para el análisis de supervivencia se utilizó el método de Kaplan-Meier.

RESULTADOS: 440 pacientes fueron desde el 13/09/2005 al 31/12/2010. 69 (15,7%) fallecieron. 37 (53,6%) eran mujeres. La edad media 80,2 a. (67,9 a 93,1). La cardiopatía HTA (56,5%) fue la más frecuente (Tabla 1). La FEVI fue < 45% en el 54%. El lugar de fallecimiento más frecuente fue en el hospital (gráfico 1). El fallecimiento por IC supuso el 34,8% (gráfico 2). De los 440 pacientes seguidos, solo el 5,45% fallecieron por IC (gráfico 3). El primer y segundo trimestre (35% y 29%) fueron los de mayor mortalidad (gráfico 4). De los pacientes que fallecieron, la mediana del tiempo de supervivencia resultó de 1,1 años (IC95: 0,5 a 1,7). El paciente que menos sobrevivió, falleció a los 0,09 años (33 días) y el que más alcanzó los 4,7 años de seguimiento. La mediana del tiempo de supervivencia resultó ser de 0,7 a. los hombres y de 1,4 a. las mujeres, sin diferencias significativas ($p = 0,26$). No se encontraron diferencias en la supervivencia respecto a la edad, tipo de cardiopatía, causas de mortalidad o lugar de fallecimiento. Los pacientes con FEVI < 45% fallecieron una media de 5,2 meses antes ($p = 0,056$). (gráfico 5)

CONCLUSIONES: 1. El paciente tipo con IC que fallece en una consulta monográfica de IC es un hombre o mujer de 80,2 años de media. 2. Casi la mitad de los pacientes fallecidos tenían una función sistólica conservada (46%). 3. El tipo de cardiopatía más frecuente fue la cardiopatía hipertensiva (56,5%). 4. Más de la mitad de los pacientes fallecieron durante un ingreso hospitalario. 5. Sólo el 5,5 % de los 440 pacientes incluidos en este estudio, fallecieron por descompensación directa de su insuficiencia cardíaca. 6. La mayor mortalidad se produjo durante los meses de invierno, concretamente en el mes de Enero. 7. La mediana del tiempo de supervivencia, resultó ser 1,1 años. El 25% de los éxitos alcanzó los 2,2 años de supervivencia tras iniciar esta consulta. 8. Los pacientes con FEVI < 45% fallecieron antes.

ESTUDIO DE FACTORES ASOCIADOS A COMPLICACIONES EN LA PROFILAXIS DE ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA EN PACIENTES INGRESADOS EN MEDICINA INTERNA.

Alvela Suárez L, Novo Veleiro I, Pose Reino A, González Quintela A

COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

INTRODUCCIÓN: Desde hace varios años se han establecido las pautas de profilaxis de ETV. Sin embargo, son escasos los estudios que analizan los factores de riesgo para la aparición de efectos secundarios asociados a la administración de heparina en estos pacientes.

OBJETIVOS: 1. Conocer la adecuación a las recomendaciones sobre la profilaxis de ETV. 2. Conocer la incidencia de complicaciones menores y mayores. 3. Identificar factores asociados a complicaciones y el riesgo según tipo de heparina.

MÉTODOS: Recogida prospectiva desde 1-02-13 a 30-04-13 de pacientes ingresados en medicina interna que reciban profilaxis de ETV. Análisis univariante y multivariante (regresión logística) para identificar variables asociadas de forma significativa e independiente al desarrollo de complicaciones; subanálisis según el tipo de heparina.

RESULTADOS: Se incluyeron 97 pacientes, 49,5% hombres. La edad media fue de 79,6 años (DE=12,6). Un 13,4% procedían de residencias. La puntuación media en el índice de Charlson ajustado por edad fue de 5,8 (DE=5,4). La puntuación media en la escala de Barthel fue de 52 (DE=40). Las comorbilidades más frecuentes fueron EPOC (27,8%), diabetes mellitus (23,7%) e insuficiencia renal (20,6%). Con respecto a la adecuación del tratamiento profiláctico, solo un paciente tenía menos de 4 puntos en el índice de Padova; 7 pacientes (7,2%) tenían una puntuación mayor de 7 en el índice Improve. El 57,7% de los pacientes recibían Enoxaparina; 39,2% Tinzaparina; 3,1% Bemiparina. La heparina fue administrada una media de 11,6 días (DE=6,7 días). Un 12,4% presentaron hematomas menores, un 7,2% de los pacientes presentaron un descenso igual o mayor al 30% de las cifras absolutas de plaquetas, un 3,1% de los pacientes presentaron una hemorragia menor y un 1% hemorragia mayor. Los principales factores de riesgo asociados a complicaciones ($p < 0,05$) fueron la presencia de diabetes mellitus, obesidad y la hepatopatía crónica. También se asoció a la aparición de complicaciones, un índice de Charlson mayor de 7 puntos, una hemoglobina al ingreso menor de 12 g/dl y unas cifras disminuidas de plaquetas. Ni la insuficiencia renal ni la edad se asociaron a la aparición de complicaciones. En el análisis global de todas las complicaciones no hubo diferencias significativas entre las distintas heparinas. En el análisis por subgrupos se observó una mayor frecuencia de hematomas en el grupo de Enoxaparina ($p < 0,05$).

CONCLUSIONES: La adecuación a las recomendaciones actuales fue aceptable. La frecuencia de complicaciones menores fue mayor que la descrita en estudios previos. La diabetes mellitus, la obesidad y la presencia de hepatopatía son los principales factores de riesgo para la aparición de complicaciones. Existe una mayor frecuencia de aparición de hematomas menores en los pacientes que recibieron Enoxaparina. La edad y la insuficiencia renal no se asocian a la presencia de complicaciones en nuestra serie.

UVEÍTIS EN PACIENTES HLA-B27 Y SU ASOCIACIÓN A ENFERMEDAD SISTÉMICA

Vázquez-Triñanes C, Martínez Vidal A, Villaverde Álvarez I, Lorenzo Castro R, Sousa Domínguez A, Rodríguez Gómez A, Freire MC, Rivera A, Sopena B.

H. XERAL DE VIGO- CHUVI.

INTRODUCCIÓN: La uveítis asociada a HLA-B27 (U-HLAB27) se ha definido como un síndrome agudo unilateral sin asociación a enfermedad sistémica. Sin embargo, se ha comprobado que algunos pacientes pueden desarrollar afectación sistémica durante el seguimiento. Actualmente no está claro cuáles desarrollarán en el futuro manifestaciones sistémicas ni si esto implica alguna diferencia en cuanto a las características de la uveítis.

OBJETIVOS: Determinar la frecuencia de manifestaciones sistémicas del HLAB27 en los pacientes con uveítis en el momento de presentación y en el seguimiento a largo plazo. Identificar diferencias clínicas entre los pacientes con manifestaciones sistémicas y con uveítis aislada.

MATERIAL Y MÉTODO: Se seleccionaron los pacientes tipados para HLA-B27 de forma consecutiva entre enero/2006 y diciembre/2011 en el H. Xeral de Vigo. Se incluyeron los >14 años HLA-B27 con al menos 1 episodio de uveítis evaluado por Oftalmología. De acuerdo con la presencia de manifestaciones sistémicas en el momento de presentación de la uveítis, se agruparon en grupo1: con manifestaciones sistémicas y grupo2: uveítis aislada. Los pacientes del grupo2 al final del seguimiento se reclasificaron en: grupo3: aparición de enfermedad sistémica; grupo4: uveítis aislada. Se compararon los grupos 1 y 2 intentando identificar características clínicas de mayor severidad, y se compararon los grupos 3 y 4 intentando identificar marcadores de progresión a enfermedad sistémica.

RESULTADOS: 41 adultos HLA-B27 (61% varones) tuvieron al menos 1 episodio de uveítis. La edad media en el momento de presentación fue 39 años±14.05 (rango 15-70). En cuanto a los grupos: Grupo1: 42% (17/41) (9 espondilitis anquilosante (EA), 6 otra espondiloartropatía (OE), 1 enfermedad de Crohn (EC) y espondiloartropatía, y 1 granulomatosis con poliangeítis). Grupo2: 58% (24/41). No hubo diferencias en ambos grupos en cuanto a edad, sexo, características de la uveítis, complicaciones ni tratamiento. Grupo3: 33% (8/24) (4 EA, 3 OE y 1 EA con EC). El retraso en la aparición de enfermedad sistémica fue de 4.2años±4.0 (rango 1-12). Este grupo tuvo un seguimiento medio de 8.6años±5.85, sin diferencia significativa con el del grupo4, 7.4años±6.11. Al sumar los pacientes del grupo 3 a los del grupo1, la prevalencia de enfermedad sistémica al final del seguimiento aumentó al 61% (25/41). El grupo 3 comparado con el 4 tuvo menor frecuencia de localización unilateral de la uveítis, 38% vs 81%, p=0.03, mayor frecuencia de bilateralidad, 25% vs 0%, p=0.04, y mayor número de tratados con anti-TNF, 50% vs 6%, p=0.04.

CONCLUSIONES: La presencia de manifestaciones sistémicas en los pacientes con uveítis HLAB27 es frecuente y puede aparecer en cualquier momento de la evolución, aunque no parece implicar peor pronóstico para la uveítis. En los casos que se presentaron como uveítis aislada, la afectación ocular bilateral se asoció con mayor frecuencia de manifestaciones sistémicas durante la evolución.

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE LAS VASCULITIS ASOCIADAS A ANCA EN EL ÁREA SANITARIA DE FERROL

Cainzos Romero T, Sánchez Trigo S, Lijó Carballeda C, García Alén D, Gómez Buela I, Vilariño Maneiro L, Sardina Ferreiro R, Mariño Callejo A, Sesma Sánchez P.

COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE FERROL.

INTRODUCCIÓN: Las Vasculitis Asociadas a ANCA (VAA) son enfermedades que afectan a vasos de pequeño y mediano calibre y se asocian a la producción de Anticuerpos Anticitoplasma de Neutrófilo (ANCA). Se clasifican en Granulomatosis con Poliangeítis (GPA) o Wegener, Granulomatosis Eosinofílica con Poliangeítis (EGPA) o Churg-Strauss y Poliangeítis Microscópica (PAM). Son más frecuentes en la edad adulta. La más frecuente en nuestro medio es la PAM.

OBJETIVOS: Describir las características epidemiológicas de los pacientes diagnosticados de VAA en nuestra área sanitaria.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo comprendido entre enero de 2002 y diciembre de 2012. Se seleccionaron los pacientes diagnosticados de VAA a través del servicio de codificación. Se incluyeron aquellos que cumplieran los criterios clasificatorios del ACR.

RESULTADOS: De un total de 25 pacientes, el 36 % se clasificaron como PAM, el 32% GPA y 32% EGPA. El 60% eran mujeres. La edad media fue de 64 ± 12.86 años (rango 39-85). El 32% presentaron positividad para ANCA-PR3 y el 68 % para ANCA-MPO, con un valor medio al diagnóstico de 72,15 ± 84,3 (rango 6-320). La clínica más frecuente al diagnóstico fue la afectación renal (64%), seguido de los síntomas sistémicos (56%), pulmonares (44%), Sistema Nervioso Periférico (SNP) (40%), síntomas músculo-esqueléticos (32%), afectación ORL (28%), síntomas cutáneos (8%), anemia hemolítica (4%), afectación oftalmológica (4%), afectación del SNC (4%), esplénica (4%) y urológica (4 %). Se realizaron biopsias en el 84% de los pacientes y fueron diagnósticas en el 40%. El órgano que se biopsió con mayor frecuencia fue el riñón (32%), seguido del pulmón (16%), el nervio sural (12%), la mucosa nasal (8%), la piel (8%), la próstata (4%) y el bazo (4%). En cuanto al tratamiento para inducción a la remisión, fue con bolos de Metilprednisolona (44%), Ciclofosfamida oral (20%), Ciclofosfamida IV (56%), y Prednisona oral (24%). El tratamiento de mantenimiento se realizó con Azatioprina en el 52% de los casos, con Prednisona oral en el 32%, con Metotrexato en el 4% y con Micofenolato en el 4%. Un 12% de los casos fueron refractarios al tratamiento y 3 pacientes presentaron recidiva. El 72% de los casos negativizaron los ANCA tras finalización del tratamiento.

CONCLUSIÓN: En nuestra serie las VAA son más frecuentes en las mujeres y se observa un aumento de incidencia por encima de los 60 años. La vasculitis más frecuente es la PAM. Los órganos más afectados al diagnóstico en nuestros pacientes son el riñón, el pulmón y el SNP. La rentabilidad diagnóstica de las biopsias en nuestra serie ha sido baja. El tratamiento inmunosupresor más utilizado para la inducción a la remisión fueron los pulsos con ciclofosfamida intravenosa y como inmunosupresor de mantenimiento la Azatioprina. La mayoría de los pacientes negativizaron los ANCA tras el tratamiento.

¿ESTÁ DISMINUIDA LA SUPERVIVENCIA EN LOS PACIENTES CON CÁNCER DE PULMÓN QUE PRESENTAN ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA?

González Vázquez L (1), Puerta Louro R (1), Valle Feijoo L (1), Soto Ríos C (2), Santomé Couto L (3), De la Fuente Aguado J (1).

HOSPITAL POVISA.

INTRODUCCIÓN: Los pacientes con cáncer de pulmón (CP) activo presentan una elevada incidencia de enfermedad tromboembólica (ETV) que en algunas series alcanza hasta el 15%. Esto ocasionará una mayor incidencia de efectos adversos por el tratamiento anticoagulante, mayor tasa de recurrencia de la ETV y menor supervivencia.

OBJETIVOS: determinar la incidencia de ETV en pacientes con CP, los factores de riesgo asociados en estos pacientes, las complicaciones derivadas del tratamiento anticoagulante y su efecto en la mortalidad.

MATERIAL Y MÉTODOS: realizamos un estudio retrospectivo de todos los pacientes diagnosticados de CP en el Hospital POVISA entre enero del 2000 y diciembre del 2004. Se recogieron: edad, sexo, tipo histológico, estadio al diagnóstico, comorbilidades, factores de riesgo para ETV, tratamiento recibido para el CP, si presentó o no ETV y el tipo de tratamiento recibido, complicaciones hemorrágicas por el tratamiento, y supervivencia.

RESULTADOS: se diagnosticaron de CP un total de 354 pacientes con una edad media de 65,2 ±11,6 años y el 87.5% (310) fueron varones. Tipo histopatológico: el 83.3% (295) fue carcinoma no microcítico – epidermoide: 139 (39.5%), adenocarcinoma: 91 (25.9%) y pobremente diferenciado: 63 (17.9%) - y el 16.8% (59) fue carcinoma pulmonar microcítico. Estadios al diagnóstico: enfermedad localizada en 81 (22.8%), localmente avanzado en 67 (18.9%) y enfermedad metastásica en 204 (57.6%). Respecto al tratamiento, el 17.5% (62) fueron sometidos a cirugía; el 67.5% (239) recibieron quimioterapia [platinos en 212 (89.5%), taxoles en 153 (64.6%), gemcitabina en 111 (46.8%)] y el 48% (170) recibió Radioterapia. La incidencia de ETV fue del 11.6% IC 95% (8.2-15). Las comorbilidades y factores de riesgo fueron similares en ambos grupos. El diagnóstico de ETV fue más frecuente en adenocarcinomas (p< 0.05), enfermedad metastásica (75% vs 25%, p<0.05), insuficiencia renal (p= 0.04), y presencia de reservorio (p=0.007). No se apreciaron diferencias estadísticamente significativas entre los que fueron intervenidos quirúrgicamente y los que recibieron quimioterapia o radioterapia. Tampoco hubo diferencias con respecto a la presencia de sangrado menor (9,8% vs 9,9%, p=ns) o mayor (7,3% vs 2,6%, p=0.12) entre los que presentaron ETV y los que no la presentaron. El 90,2% (37) de los pacientes con ETV fallecieron (3 perdidos para seguimiento) y el 85,2% (265) en el grupo que no presentaron ETV (32 perdidos) sin que la diferencia fuese estadísticamente significativa (p=0.67). La mediana de supervivencia fue de 9 meses en ambos grupos.

CONCLUSIONES: La incidencia de ETV en paciente con cáncer de pulmón es elevada, especialmente si se trata de adenocarcinomas, enfermedad metastásica, insuficiencia renal y son portadores de reservorio. En nuestro estudio, las complicaciones hemorrágicas tanto mayores como menores fueron similares en ambos grupos y la supervivencia no está disminuida en los pacientes que presentan una ETV.

BACTERIEMIA POR STREPTOCOCCUS BOVIS EN UN HOSPITAL TERCIARIO: COMPARACIÓN DE DOS SERIES DE DÉCADAS DISTINTAS.

Martínez-Braña L, Mateo-Mosquera L, González-Mediero G, Pérez del Molino ML, González-Quintela A.

HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE SANTIAGO DE COMPOSTELA.

INTRODUCCIÓN: Streptococcus bovis (S. bovis) es un comensal del tracto digestivo humano. Es un causante frecuente de endocarditis y bacteriemia. Existe una asociación bien conocida entre bacteriemia por S. bovis, neoplasias colónicas y otras lesiones gastrointestinales. También está descrita la asociación entre enfermedad hepática y bacteriemia por S. bovis.

OBJETIVO: El objetivo del presente estudio fue comparar las características clínico-epidemiológicas de los pacientes con bacteriemia por S. bovis de dos décadas distintas procedentes de un mismo centro.

MÉTODOS: Se comparan dos series de bacteriemias por S. bovis según los registros del servicio de Microbiología (1993-2000 [n=20; publicada en J Infection 2001;42:116-9] y 2005-2012 [n=54]).

RESULTADOS: En la siguiente tabla se resume la comparación entre las dos series:

CONCLUSIONES: Respecto a series precedentes, los pacientes de los últimos años con bacteriemia por S. bovis son de mayor edad, tienen una menor prevalencia de enfermedad hepática y un mejor pronóstico vital. A pesar del paso de los años y del conocimiento de los factores asociados a la enfermedad, el estudio del colon sigue siendo frecuentemente inadecuado.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS DE LOS NUEVOS DIAGNÓSTICOS DE INFECCIÓN POR VIH EN POBLACIÓN INMIGRANTE EN UNA UNIDAD DE REFERENCIA

Rodríguez I, Pernas B, Mena A, Vázquez R, Isorna MJ, Castro A, López S, Vázquez P, Balliñas J, Pedreira JD.

COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO A CORUÑA

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: La población inmigrante en España supone un 12%. El objetivo del estudio es describir las características clínico-epidemiológicas y el pronóstico de los nuevos diagnósticos de infección por VIH realizados en inmigrantes en un hospital terciario gallego.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo de una cohorte de todos los pacientes de nuevo diagnóstico de infección por VIH entre el 1 enero de 2004 al 31 de Diciembre 2012. Se analizaron datos epidemiológicos, demográficos, situación clínica e inmunoviológica, tratamiento y mortalidad en la población inmigrante.

RESULTADOS: En el periodo de estudio, se realizaron 506 nuevos diagnósticos de VIH de los cuales, 106 (21%) eran inmigrantes, un 66% varones. Respecto a su procedencia, 67% eran sudamericanos, 17% europeos y 13% africanos. La edad media al diagnóstico fue 36 ± 10 años vs 39 ± 11 años en españoles ($p=0.02$). La conducta de riesgo más frecuente fue la sexual (90%); un 30% de hombres tenían relaciones con hombres (HSH). La mediana de CD4 al diagnóstico fue 286 cél/μl (130-478) vs 360 cél/μl (146-572) en no inmigrantes ($p>0.05$) y la mediana de carga viral 4.8 log cop/ml (4.2-5.3) vs 5 log cop/ml (4.5-5.5) ($p>0.05$). El 62% fueron diagnósticos tardíos (evento C y/o CD4 < 350 cél/μl) en inmigrantes vs 50% en españoles ($p=0.03$). En el momento del diagnóstico el 18% de los inmigrantes tuvieron un evento SIDA (5% neumonía por *Pneumocystis jiroveci*, 5% tuberculosis extrapulmonar o diseminada, 3% tuberculosis pulmonar, 3% linfoma). En relación con los virus de hepatitis: el 3% era AgHBs+, y el 7% presentaba AcVHC+ frente al 3% ($p>0.05$) y 24% ($p=0.001$) en nativos, respectivamente. En el periodo de seguimiento desde el diagnóstico (inmigrantes vs españoles, p): un 72% de los pacientes inician tratamiento antirretroviral vs 85% ($p>0.05$), se pierde el seguimiento 13% vs 4% ($p=0.01$) y fallecen 5 (4.7%) vs 44 (11.1%) ($p=0.04$).

CONCLUSIONES: Un significativo porcentaje de los nuevos diagnósticos de VIH se realizan en población inmigrante, que proceden, fundamentalmente de centro y sudamérica. Es más frecuente el diagnóstico tardío en población inmigrante y 1/5 se diagnostican con un evento SIDA. A pesar de los diagnósticos tardíos, los pacientes inmigrantes se pierden más frecuentemente para el diagnóstico e inician con menos frecuencia tratamiento antirretroviral. La menor mortalidad registrada en población inmigrante puede estar condicionada por las pérdidas en el seguimiento. Se deben establecer estrategias para un diagnóstico precoz de la infección y para facilitar el acceso a las consultas, al tratamiento y la adherencia en este colectivo.

DIAGNÓSTICO DE INFECCIÓN LATENTE TUBERCULOSA Y RIESGO DE PROGRESIÓN A ENFERMEDAD EN PACIENTES A TRATAMIENTO ANTI-TNF.

Alves ED, Castro S, Pena A, Trigo M, Nuñez M, Anibarro L.

COMPLEJO HOSPITALARIO DE PONTEVEDRA. INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA DE VIGO

INTRODUCCIÓN: En los pacientes candidatos a tratamiento con fármacos inhibidores de factor de necrosis tumoral (anti-TNF) se recomienda la realización de despistaje de Infección Latente Tuberculosa (ILT) por su alto riesgo de progresión a enfermedad tuberculosa (TB). El tratamiento de la de la ILT (TILT) disminuye el riesgo de TB. En nuestro centro se recomienda la realización inicial de la prueba de tuberculina (PT1), que en caso de ser negativa (<5mm) se repite buscando efecto Booster (PT2). Desde enero-2008, tras la incorporación de una prueba de liberación de interferon-gamma (Quantiferon®-TB Gold, QFT) se recomienda su realización en casos de PT1 y PT2 negativas.

OBJETIVOS: 1º Valorar la presencia de efecto Booster en pacientes a tratamiento anti-TNF y la utilidad de prueba QFT. 2º Valorar eficacia del protocolo de despistaje de ILT en estos pacientes.

MÉTODOS: Revisión retrospectiva de pacientes que iniciaron tratamiento anti-TNF en el Complejo hospitalario de Pontevedra entre enero-2004 y marzo-2012. Se analizaron variables relacionadas con efecto Booster y positividad QFT. Se comparó la adherencia al protocolo entre dos intervalos de tiempo (2004-2007 vs 2008-2012: antes y después de introducción de QFT). Se empleó prueba de chi-cuadrado en variables categóricas y t de Student en continuas, tras comprobación de normalidad mediante test de Kolmogorov-Smirnov.

RESULTADOS: De 386 pacientes a tratamiento anti-TNF, se excluyeron 14 con historial incompleto. La edad media fue 44 ± 15 años. La patología más frecuente fue la Enfermedad Inflamatoria Intestinal (30%) seguida de Artritis Reumatoide (27%). 334 (90%) recibían tratamiento inmunosupresor al momento del estudio de despistaje. 26 tenían antecedente de PT positiva, 21 habían realizado tratamiento de ILT o TB correctamente. De 346 sin PT previa positiva, 271 realizaron PT1; 71% en periodo 2004-2007 frente 84% del 2008-2012 ($p=0,004$). La PT1 fue positiva en 21%. La PT2 se realizó en 167 pacientes, 58% de los que estaría indicada en el primer periodo y 85% de 2008-2012 ($p<0.001$) y fue positiva en 13 pacientes (8%). El análisis multivariante relacionó presencia de efecto Booster con enfermedad cicatricial en la Rx tórax ($p=0.007$). Finalmente, de 149 pacientes con ambas PT negativas, realizaron QFT 109, resultando positivo en 2. 6 pacientes desarrollaron TB durante el periodo de seguimiento. Todos recibían Infliximab. Todos tenían PT1 negativas y uno PT2 positiva. Ninguno había realizado TILT. Solo un paciente había realizado QFT resultado negativa.

CONCLUSIONES: La sensibilidad diagnóstica de la ILT aumenta tras la búsqueda de efecto Booster. QFT aumenta la sensibilidad en número limitado de pacientes con dos PT previas negativas. En ocasiones, estas pruebas pueden ser insuficientes para detección de ILT. Aunque la realización correcta del protocolo de despistaje ha mejorado en los últimos años, la falta de adherencia puede ocasionar casos de progresión a enfermedad tuberculosa.

EL PULMÓN DE GRANJERO EN EL ÁREA SANITARIA DE LUGO

Rubal Bran D*, Irigüez Vázquez I*, Matesanz Fernández M*, Piñeiro Fernández JC*, Ventura Ralcárcel P*, López Reboiro ML*, Cano-Jiménez E**.

HULA

INTRODUCCIÓN: El pulmón de granjero (PG) es una forma de neumonitis por hipersensibilidad, causada por la inhalación de alérgenos orgánicos depositados en el heno almacenado y en el polvo de grano. Desencadenan una inflamación linfocitaria de las vías aéreas periféricas y del tejido intersticial circundante.

OBJETIVO: Conocer las características demográficas, clínicas y funcionales así como la evolución de los pacientes diagnosticados de pulmón de granjero.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes diagnosticados de PG, neumonitis por hipersensibilidad y/o alveolitis alérgica extrínseca desde el 1 de Enero de 1997 hasta el 31 de Diciembre de 2012. Se aceptó como diagnóstico de PG, los casos en los que existía contacto con heno, clínica compatible y radiología congruente (patrón intersticial bilateral, patrón en mosaico, patrón micronodulillar o signos de enfisema). Exigiéndose además, al menos uno de los siguientes:

- Un resultado positivo de las precipitinas
- Inflamación linfocitaria y/o granulomas "mal definidos" en la biopsia pulmonar

Se realizó análisis univariado mediante método Chi-cuadrado, U-mann Whitney o Kruskal-Wallis en función de la variable.

RESULTADOS: Se revisaron un total de 121 casos, de los cuales 34 cumplían los requisitos establecidos. La edad media fue de $57,4 \pm 12$ años, con distribución similar por sexo. Sin antecedentes de tabaquismo en el 90,9% de los casos. La presentación clínica fue más frecuente en invierno y primavera (70,6%) en pacientes con actividad agraria activa (90,9%). Los síntomas predominantes fueron la tos (88,2% de los casos) ($p=0,026$), y la disnea de esfuerzo (70,6%). La presencia de crepitanes estuvo presente en un 91,2% de los pacientes sin diferencias entre las formas clínicas. El patrón reticular (70,6%, $p=0,01$) y los infiltrados parcheados fueron los hallazgos típicos en la radiografía simple de tórax. En el TACAR torácico destaca la existencia de un patrón en vidrio deslustrado, tanto en las formas agudas (64,7%) como en las formas crónicas (53,8%). El patrón histológico más frecuente fue el granuloma y el infiltrado linfocitario (47,1%). La evitación al antígeno (85,3%) y la corticoterapia (76,5%) fue el tratamiento en la mayoría de los casos. Un 20,6% de los pacientes realizaron tratamiento inmunosupresor. Los pacientes que realizaron evitación antigénica presentaron mejor evolución funcional respiratoria, a pesar de la no significación estadística.

CONCLUSIONES: El pulmón de granjero, por sus características clínicas, está infradiagnosticada en nuestro medio. Se presenta en épocas de mayor humedad en pacientes con actividad agraria activa con tos y disnea de esfuerzo. La presencia de vidrio deslustrado es tan frecuente en formas agudas como en crónicas. Se necesita una mayor casuística para la obtención de datos significativos sobre la eficacia de los tratamientos actuales, la evolución funcional respiratoria y la mortalidad.

COMUNICACIONES POSTER

ESTUDIO COMPARATIVO DE INGRESOS HOSPITALARIOS POR HEMORRAGIA EN ENFERMOS ANTIAGREGADOS Y NO ANTIAGREGADOS. ANÁLISIS DE MORTALIDAD

Ventura Valcárcel P, Piñeiro Fernández JC, López Reboiro M, Rubal Bran D, Matesanz Fernández M, Iñiguez Vázquez I, Monte Secades R

HOSPITAL UNIVERSITARIO LUCUS AUGUSTI. LUGO

INTRODUCCIÓN: el cumplimiento de las guías de prevención cardiovascular ha propiciado un aumento progresivo del número de pacientes antiagregados, ya sea con 1 o más fármacos, incluyendo aquellos con edad avanzada o comorbilidad. Esta circunstancia conlleva un aumento concomitante de los casos de hemorragia.

OBJETIVOS: estudiar si las características y evolución clínica de los enfermos ingresados con hemorragia son diferentes en pacientes antiagregados, así como valorar la influencia de la antiagregación en la mortalidad relacionada con el episodio.

MÉTODO: estudio retrospectivo de todos los enfermos ingresados por hemorragia en el Hospital Universitario Lucus Augusti de Lugo durante el año 2011. Se comparó el grupo de pacientes antiagregados con el resto, excluyendo los casos que recibían anticoagulación. Se analizaron las siguientes variables: edad y sexo, localización, filtrado glomerular (FG), polifarmacia, comorbilidad, indicación de la anticoagulación, índice HASBLED, número de transfusiones y mortalidad. En el análisis estadístico se usó el programa estadístico SPSS 17.

RESULTADOS: Se estudiaron 447 casos (67.3% hombres) de hemorragia, 146 antiagregados (31.8%) y 301 no antiagregados. Siete pacientes recibían doble antiagregación. El 87% de los enfermos antiagregados tenían >65 años comparado con el 61.5% del resto ($p<0.0001$). La polifarmacia (>3 fármacos) fue más frecuente en el grupo de pacientes antiagregados (86.3% vs 46.8%, $p<0.0001$), al igual que la presencia de $FG<60$ (50.7% vs 30.9%, $p<0.0001$), Charlson >2 (87.7% vs 52.2%, $p<0.0001$), HASBLED >2 (76.9% vs 23.1%, $p<0.0001$). No hubo diferencias en cuanto al sexo, la localización de la hemorragia (cerebral vs resto), el número de transfusiones recibidas, la estancia media ni en la mortalidad (11.7% vs 15.1%, p NS). Tras el análisis de la historia, se consideró que el 34.4% de los pacientes antiagregados presentaban una contraindicación para la anticoagulación. Los factores independientes predictores de mortalidad fueron la hemorragia de localización cerebral (OR 2.5; IC 95% 1.2-5.1), un $FG<60$ (OR 2.9; IC 95% 1.5-5.6) y la transfusión de 3 o más concentrados de hemáties (OR 2.7; IC 95% 1.4-5.4). La antiagregación no se asoció con el riesgo de fallecer durante el ingreso.

CONCLUSIONES: entre los pacientes que ingresan por hemorragia, los pacientes antiagregados tienen un perfil de riesgo de sangrado, comorbilidad y complejidad superior a los no antiagregados. La antiagregación por sí misma no se asocia al riesgo de fallecer durante el episodio.

ESTUDIO DE LOS INGRESOS POR HEMORRAGIA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO LUCUS AUGUSTI DURANTE EL AÑO 2011

López Reboiro M, Ventura Valcárcel P, Piñeiro Fernández JC, Iñiguez Vázquez I, Rubal Bran D, Matesanz Fernández M, Rabuñal Rey R

HOSPITAL UNIVERSITARIO LUCUS AUGUSTI. LUGO

INTRODUCCIÓN: las hemorragias suponen una causa de ingreso habitual potencialmente grave, de especial relevancia en pacientes que reciben fármacos que predisponen al sangrado, situación cada vez más frecuente en práctica clínica habitual.

OBJETIVO: estudiar las características clínicas de los enfermos ingresados por hemorragia así como conocer la frecuencia y perfil de aquellas relacionadas con tratamiento anticoagulante y antiagregante

MÉTODO: estudio retrospectivo de todos los enfermos con diagnóstico principal de hemorragia de cualquier localización, ingresados en el Hospital Universitario Lucus Augusti durante el año 2011. Se analizaron las siguientes variables: edad y sexo, localización del sangrado, filtrado glomerular (FG), polifarmacia, comorbilidad, índice HASBLED, número de transfusiones y mortalidad. En el análisis estadístico se usó el programa estadístico SPSS 17.

RESULTADOS: se estudiaron 559 episodios en 536 enfermos, edad 73 (DS 15.5), 62.3% hombres. De ellos, 112 (20%) estaban anticoagulados, 162 (29%) antiagregados y 301 (53.8%) no recibían tratamiento predisponente de sangrado. En estos grupos están incluidos 8 casos doble antiagregados (1.43%) y 16 (2.8%) antiagregados y antiagregados. Entre los pacientes anticoagulados, el 89.2% recibían anticoagulantes orales y en este grupo el 36.6% presentaba criterios de INR lábil. Entre los antiagregados, el 69% tomaba AAS, el 24.6% clopidogrel y el 6.7% triflusal. La localización más frecuente de sangrado fue la digestiva (37%), seguida de la cerebral (24.5%), traumática (9.3%), postquirúrgica (4.8%) y ginecológica (4.1%). El índice de Charlson medio fue 4.3 (DS 2.9), el 40.1% tenían $FG<60$ y el índice HASBLED fue 0.7 (DS 1.3). Se transfundieron más de 2 unidades de concentrado de hemáties en el 22.8%, la estancia media fue 14.8 (DS 16.7) y la mortalidad relacionada con el episodio 12.5%.

CONCLUSIONES: Los enfermos que ingresan por hemorragias son de edad avanzada, presentan una elevada carga de comorbilidad y condicionan un importante consumo de

recursos. Casi la mitad del total, durante un periodo de 12 meses, está tomando fármacos que predisponen al sangrado.

ADECUACIÓN DE LA PROFILAXIS PARA ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA EN PACIENTES DEL ÁREA MÉDICA

Fernández Bouza E., Mella Pérez C., Barbagelata López C., Gómez Buela I., Lijó Carballeda C., García Alén D., Vilariño Maneiro L., Sardina Ferreiro R., Sánchez Trigo S., Buño Ramilo B., Vázquez Vázquez B., Sesma Sánchez P.

COMPLEJO UNIVERSITARIO HOSPITALARIO DE FERROL

INTRODUCCIÓN: La profilaxis con heparina de bajo peso molecular disminuye eficazmente la incidencia de enfermedad tromboembólica venosa (ETV) en pacientes hospitalizados por patología médica.

OBJETIVO: Evaluar si en nuestro Servicio de Medicina Interna la profilaxis se adecúa a las recomendaciones de las guías clínicas.

MATERIAL Y MÉTODOS: se llevó a cabo un estudio de corte transversal entre los pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Arquitecto Marceide, sin incluir a los de otras unidades médicas. Se excluyeron aquellos anticoagulados o con hemorragia activa. Se consideró indicada la profilaxis en aquellos enfermos con puntuación ≥ 4 en la escala de Padua y/o en la escala PRETEMED e inadecuada en puntuaciones inferiores.

RESULTADOS: se evaluaron 66 pacientes, con edad media 72 años (Desviación standard 12), rango 19-94; el 56% (37) eran mujeres. El 28% (19) fueron excluidos, por recibir anticoagulación 16 y por sufrir hemorragia activa 3. Entre los 47 restantes, el 91% (43) recibieron profilaxis, todos ellos con enoxaparina. El rango de puntuación obtenido en la escala de Padua fue de 0-9, siendo 5 la puntuación más frecuente (18%). El rango de PRETEMED fue similar, siendo 3 el valor más frecuente (16%). El 42% de los enfermos (28) en la escala de Padua tenían puntuación ≥ 4 ; de estos el 92% recibieron profilaxis. El 36% (24) tenían puntuación ≥ 4 en PRETEMED, y recibieron profilaxis el 91%. Entre los pacientes con puntuación < 4 en Padua, el 89% también recibieron profilaxis, y la recibieron el 91% de los que puntuaron < 4 en PRETEMED.

CONCLUSIONES: En nuestro Servicio de Medicina Interna aquellos pacientes de alto riesgo que tienen indicación de recibir profilaxis para prevenir la ETV, están correctamente tratados, mientras que los pacientes que tienen bajo riesgo reciben profilaxis con excesiva frecuencia.

ANÁLISIS DE LAS HEMORRAGIAS QUE PRECISAN INGRESO HOSPITALARIO EN ENFERMOS ANTIAGREGADOS POR FIBRILACIÓN AURICULAR

Matesanz Fernández M, Iñiguez Vázquez I, Rubal Bran D, Ventura Valcárcel P, Piñeiro Fernández JC, López Reboiro M, Monte Secades R

HOSPITAL UNIVERSITARIO LUCUS AUGUSTI. LUGO

INTRODUCCIÓN: En los últimos años, la aplicación de las guías ha favorecido la indicación de la anticoagulación en la mayoría de casos con fibrilación auricular. Sin embargo, en práctica clínica habitual, no se valora adecuadamente en ocasiones el riesgo subyacente de hemorragia, especialmente elevado en pacientes de edad avanzada y elevada comorbilidad.

OBJETIVO: describir el perfil clínico de los enfermos anticoagulados por fibrilación auricular que ingresan por hemorragia, incluyendo su riesgo subyacente de sangrado y la evolución clínica. Por otra parte, analizar los factores relacionados con la supervivencia del episodio.

MÉTODO: estudio descriptivo retrospectivo de los enfermos anticoagulados por fibrilación auricular ingresados por hemorragia en el Hospital Universitario Lucus Augusti de Lugo durante el año 2011. Se analizaron las siguientes variables: edad y sexo, localización de la hemorragia, filtrado glomerular (FG), CHADs, HASBLED, índice de Charlson, número de transfusiones y mortalidad. En el análisis estadístico se usó el programa estadístico SPSS 17.

RESULTADOS: se estudiaron 92 casos (57.6% hombres), edad 79.9 (DS 8.3). La localización de sangrado más frecuente fue la digestiva (42.4%), seguida de la cerebral (21.7%), traumática (12%) y urinaria (9%). El 12% recibían también antiagregación. El número medio de fármacos por paciente fue 7 (DS 7). El índice de Charlson medio fue 5.4 (DS 2.6). El índice CHADs fue 2.2 (DS 1.4); el 30% de los casos tenían CHADs < 2 . El índice HASBLED fue 2.5 (DS 1.2); el 40% tenía un HASBLED > 2 . El 50.2% presentaban $FG<60$. El 25% recibieron transfusión de 3 o más concentrados de hemáties. Tras revisar las historias clínicas se consideró que el 37% de los casos presentaban al menos una contraindicación para la anticoagulación. La estancia media hospitalaria fue 13.1 días (DS 10.1) y la mortalidad del 12%. La hemorragia de localización cerebral (OR 22.5; IC 95% 3.8-132.3, $p<0.001$) fue la única variable relacionada con el riesgo de fallecer durante el ingreso en el análisis multivariante.

CONCLUSIONES: la comorbilidad de los pacientes anticoagulados por fibrilación auricular es significativa, al igual que el riesgo de sangrado subyacente y las repercusiones clínicas de las hemorragias. Es necesario valorar adecuadamente el balance riesgo/beneficio de la indicación de anticoagulación en estos enfermos.

AFECCIÓN DEL SISTEMA NERVIOSO PERIFÉRICO EN LAS VASCULITIS ASOCIADAS A ANCA

Sánchez Trigo S., Caínzos Romero T., Gómez Buela I., Lijó Carballeda C., García Alén D., Vilarinho Maneiro L., Sardina Ferreiro R., Mariño Callejo A., Sesma Sánchez P.

COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE FERROL

INTRODUCCIÓN: Las Vasculitis Asociadas a ANCA (VAA) son enfermedades raras que causan un amplio abanico de síntomas. Afectan fundamentalmente a vasos de pequeño y mediano calibre y se asocian a la producción de Anticuerpos Anticitoplasma de Neutrófilo (ANCA). Se clasifican en Granulomatosis con Poliangeítis (GPA) o Wegener, Granulomatosis Eosinofílica con Poliangeítis (EGPA) o Churg-Strauss y Poliangeítis Microscópica (PAM). La afectación del Sistema Nervioso Periférico (SNP) es una de las manifestaciones más frecuentes en estas entidades.

OBJETIVOS: Conocer las características de los pacientes con afectación del SNP en el momento del diagnóstico en las VAA en el Área Sanitaria de Ferrol.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo comprendido entre enero de 2002 y diciembre de 2012. Se seleccionaron los pacientes diagnosticados con VAA con afectación del SNP a través del servicio de codificación y se incluyeron aquellos que cumplían los criterios clasificatorios del ACR. Los datos se recogieron a través del programa IANUS y el análisis estadístico se realizó mediante el programa SPSS versión 17.

RESULTADOS: En el período de estudio se diagnosticaron 25 pacientes de VAA. En el 40% (10 pacientes) se objetivó mediante la realización de ENG afectación del SNP. El 28% presentaban Polineuropatía sensitivo-motora (PNP) y un 12% Mononeuritis Múltiple (MNM). El 60% de los casos se relacionaron con EGPA (50% de MNM y 50% de PNP), el 20% con GPA (50% de MNM y 50% de PNP) y el 20% con PAM (100% PNP). En todos los casos el ENG mostró lesiones agudas axonales. Se observó alteración del nervio peroneo en 9 casos, del tibial posterior en 9 casos, del nervio cubital en 6 pacientes, del nervio mediano en 5, del nervio sural en 4, del nervio radial en 3 y del nervio ciático en 2 pacientes. Se realizaron 3 biopsias de nervio periférico, siendo diagnóstica en un único caso.

CONCLUSIONES: La afectación del SNP es un síntoma frecuente como manifestación inicial en las VAA. En nuestra serie de casos la afectación predominante fue la PNP, con lesiones agudas axonales. La vasculitis que presenta con más frecuencia afectación del SNP es la Granulomatosis Eosinofílica con Poliangeítis, de acuerdo con la literatura. Es necesario un alto índice de sospecha de vasculitis en los pacientes que presentan afectación del SNP, así como la optimización en la realización y obtención de diagnóstico anatomopatológico.

INFECCIONES URINARIAS POR STREPTOCOCCUS BOVIS EN ADULTOS

Matesanz Fernández M, Rubal Bran D, Íñiguez Vázquez I, Ventura Valcárcel P, Piñeiro Fernández JC, López Reboiro ML, Corredoira Sánchez Z.

HULA

INTRODUCCIÓN: Streptococcus bovis (SB) es una causa bien conocida de endocarditis y bacteriemia asociadas a cáncer de colon, pero su papel como patógeno urinario es poco conocido.

OBJETIVOS: Conocer la incidencia y el significado clínico de la bacteriuria asociada a este microorganismo.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se analizaron retrospectivamente todos los pacientes adultos con bacteriuria significativa por SB, definida como un recuento igual o superior a 10.000 UFC/ml, durante el período 1995-2012. La identificación se realizó mediante el sistema API 20 Strep (BioMerieux).

RESULTADOS: Durante el período de estudio se aislaron 145 cepas de SB en muestras urinarias, lo que supuso el 0.2% de los cultivos positivos y el 5.3% de los estreptococos aislados en orina. El 73% de los aislamientos pertenecieron al biotipo II/2 (S. gallolyticus subsp. pasteurianus). Fueron excluidos 40 casos diagnosticados en Atención Primaria y 10 casos pediátricos. Tres pacientes presentaron 7 episodios, incluyéndose solo el primero. Nuestra serie incluye 88 adultos, con una edad media de 67 años, 80% de los cuales fueron mujeres. El 65% tenían al menos una condición subyacente. Las anomalías del tracto urinario (49%), la diabetes mellitus (25%) y la patología neurológica (23%) fueron las condiciones subyacentes más frecuentes. La infección fue adquirida en la comunidad en el 85% de los casos. El 40% de los casos presentaron bacteriuria asintomática, el 33% tuvieron síntomas urinarios bajos y el 22% síntomas altos. Tuvieron piuria el 41%. En el 41% la bacteriuria fue polimicrobiana y en 11 casos (12.5%) también se aisló SB en los hemocultivos. Fallecieron 4 pacientes, uno de ellos por sepsis. Todos los aislamientos fueron sensibles a la penicilina, el 97% lo fue a nitrofurantoina y el 78% a fosfomicina y levofloxacina.

CONCLUSIONES: La bacteriuria por SB es poco frecuente, perteneciendo la mayoría de los aislamientos al biotipo II/2. La mayoría de los pacientes son mujeres con anomalías urológicas, diabetes o enfermedades neurológicas. Aunque en la mayoría de los casos produce bacteriuria asintomática ocasionalmente puede provocar sepsis. La nitrofurantoina puede ser una alternativa para el tratamiento de las infecciones urinarias no complicadas en los pacientes alérgicos a betalactámicos.

ASOCIACIÓN CLÍNICA CON ANTICUERPOS ANTICENTRÓMERO

Sousa Domínguez A, Freire M, Martínez Vidal A, Villaverde I, Del Pozo M, Rivera A, Sopena B, Martínez-Vázquez C

XERAL DE VIGO

INTRODUCCIÓN: Los anticuerpos anticentrómero (AAC) se asocian clásicamente con el diagnóstico de esclerodermia (ES); específicamente con su variante limitada (ESL). Sin embargo, también se han descrito en pacientes con esclerodermia difusa (ESd) y otras enfermedades autoinmunes. Por otro lado la magnitud de estas asociaciones no ha sido claramente establecida.

OBJETIVOS: Describir la distribución clínica de los pacientes con AAC positivos detectados en el laboratorio de inmunología de nuestro Hospital; solicitados por Médicos de Atención Primaria (MAP) y especialistas hospitalarios.

MATERIAL Y MÉTODO: Según los registros de nuestro laboratorio se recogieron todos los pacientes con AAC positivos, determinados mediante inmunofluorescencia indirecta (IFI) en células Hep2, entre 2006 y 2012. Se revisaron de forma retrospectiva todos sus datos y se clasificó clínicamente a los pacientes de acuerdo con los criterios de Leroy de ES. Además se revisó cualquier otro diagnóstico clínico y hallazgos en capilaroscopia de acuerdo con los patrones de Cutolo. Los pacientes con enfermedades autoinmunes (EAI) fueron divididos en: GRUPO 1: sólo ES; GRUPO 2 ES + otra EAI; GRUPO 3: ES + malignidad; GRUPO 4: sólo otra EAI diferente de ES.

RESULTADOS: 162 pacientes tuvieron al menos una vez AAC positivos. 136 (122 mujeres) fueron evaluados al tener suficientes registros disponibles. La edad media fue de 61+-16 años. Servicios solicitantes fueron: Medicina Interna 38%, Reumatología 37%, MAP 9% y otros 16%. Se realizó capilaroscopia en 46 pacientes (9 con patrón precoz, 15 activo, 10 tardío, 9 normal y en 3 inespecífico. Se diagnosticó EAI asociada en 90 pacientes (66%). GRUPO 1 (60 pacientes): 45 ESL, 2 ESd, 6 pre-esclerodermia y 7 esclerodermia sine esclerodermia. GRUPO 2 (21 pacientes): Overlap con 5 cirrosis biliar primaria (CBP), 2 Sjogren, 9 Tiroiditis de Hashimoto (TH), 2 síndrome antifosfolipídico, 1 anemia hemolítica y 1 vitíligo. GRUPO 3 (9 pacientes): 2 Ca mama, 2 hipernefomas, 2 Ca pulmón, 1 hematológico y 1 Ca colon. GRUPO 4 (24 pacientes): 5 TH, 3 LES, 4 hepatitis autoinmune, 4 Sjogren, 4 CBP, 2 vitíligo, 1 Chron, 1 Enfermedad de Addison y 1 anemia perniciososa. De los 44 pacientes sin EAI asociada 12 presentaban sólo fenómeno de Raynaud, 2 neoplasia (1 cáncer rectal y 1 leucemia aguda linfocítica) y 23 sanos en el momento del estudio. En la regresión logística binaria los pacientes con un título de AAC mayor de 1/640 estaban más predispuestos a presentar una EAI, OR 2.6 (95% CI 1.25-5.51; p=0.01)

CONCLUSIONES: La asociación de AAC con ES es fuerte pero este autoanticuerpo se encuentra también en población sana. En nuestra serie un título de AAC 1/640 es el punto de corte para una mayor probabilidad de desarrollar una EAI. La alta proporción de pacientes en nuestra serie con neoplasias puede apoyar la idea, como se ha descrito en algún trabajo, de que los AAC deberían considerarse factor de riesgo para el cáncer.

ESTUDIO DE LA PATOLOGÍA TIROIDEA EN LA ENFERMEDAD CELIACA

González Vázquez L (1), Fernández Villaverde A (2), Valle Feijoo L (1), Lorenzo Carrero J (3), De la Fuente Aguado J (1)

HOSPITAL POVISA

INTRODUCCIÓN: la Enfermedad Celíaca (EC) está asociada con otros trastornos autoinmunes, especialmente enfermedad tiroidea autoinmune, diabetes mellitus tipo 1, enfermedades hepáticas y enfermedad inflamatoria intestinal. Estos pacientes presentan una predisposición genética común ya que los haplotipos HLA DQ2 y DQ8 están sobrerrepresentados en muchas enfermedades autoinmunes. La prevalencia de patología tiroidea en los pacientes con EC en distintas series no alcanza el 5%.

OBJETIVOS: describir la prevalencia de enfermedad tiroidea en una serie de pacientes consecutivos diagnosticados de EC durante la edad adulta, así como características y evolución.

MÉTODOS: revisión de las historias clínicas de todos los pacientes que fueron diagnosticados de EC en la edad adulta entre los años 1990 y 2010 en nuestro hospital. Se recogieron datos epidemiológicos, tipo de patología tiroidea, forma de debut, asociación con otras enfermedades autoinmunes, tratamiento y evolución.

RESULTADOS: durante este período se diagnosticaron un total de 102 casos de EC, de los que 76 eran mujeres (75%), con una media de edad al diagnóstico de 33 años. Detectamos 12 casos de patología tiroidea (11,7%), siendo la mayoría (9) mujeres. Las patologías fueron las siguientes: hipotiroidismo en 6 (4 con tiroiditis autoinmune), hipertiroidismo en 4 (2 por enfermedad de Graves, una paciente con tiroiditis post-parto y otra con tiroiditis por interferón), y dos pacientes eutiroideas presentaron bocio multinodular y fueron sometidas a tiroidectomía total. En la anatomía patológica se detectó carcinoma folicular en ambas. Una de las pacientes con tiroiditis autoinmune presentaba diabetes mellitus tipo 1 y otra estaba diagnosticada de esclerosis múltiple. Las 2 pacientes con Enfermedad de Graves fueron sometidas a ablación con I-131, y los pacientes con hipotiroidismo se controlaron con dosis medias de levotiroxina (50 microgramos al día)

CONCLUSIONES: La prevalencia de patología tiroidea en nuestra serie es elevada en comparación con series previas. El hipotiroidismo es la forma más frecuente de presentación si bien un tercio de los casos tienen hipertiroidismo. Creemos que se debe realizar screening completo incluyendo determinación de anticuerpos antitiroideos en el seguimiento de estos pacientes.

EVOLUCIÓN DE LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA Y PLURIPATOLÓGICA, QUE RECIBEN ANTI-ALDOSTERÓNICOS

Lorenzo ML, Cerqueiro JM, Abeledo C, Piñeiro JC, Moreno L.

HOSPITAL LUCUS AUGUSTI

INTRODUCCIÓN: El estudio RALES (1999) evidenció el beneficio de los AA en pacientes con insuficiencia cardíaca (IC) y FEVI < 35%. Lo que aumentó las prescripciones de anti-aldosterónicos (AA), y los ingresos por hiperpotasemia. En espera del estudio TOPCAT, no existen grandes evidencias demostradas en pacientes con IC y FEVI preservada, sin embargo su uso es frecuente. ¿Como toleran los AA y evolucionan los pacientes con IC que seguimos habitualmente los internistas?

OBJETIVOS: 1. Identificar el perfil de pacientes tratados con AA en la consulta monográfica de IC. 2. Evaluar la tolerancia de AA en la población anciana con IC. 3. Evaluar la evolución de la función renal y las alteraciones del potasio. 4. Comparar la evolución antes y durante el seguimiento.

MATERIAL Y METODOS: Estudio retrospectivo de 103 pacientes seguidos en una consulta monográfica de IC dirigida por internistas y enfermería especializada. Se seleccionaron los pacientes que iniciaron tratamiento con AA, y se observó la evolución durante 6 meses.

RESULTADOS: La edad media de los pacientes fue de 78.6a (53-93). Las mujeres supusieron el 36% de los casos. La cardiopatía más frecuente fue la HTA (40%) seguida de la cardiopatía isquémica (24%). El 55% de los casos presentaron FEVI > 35%. Los FRCV y co-morbilidad más frecuente se detallan en la gráfica 1. Se realizaron diferentes cortes, al inicio, al primer mes, al 3º mes y al 6º mes y los resultados se muestran en la tabla 1.

Se suspendieron AA en 23 (21%) pacientes, en 10 por deterioro de la F renal, 9 por hiperpotasemia, y 4 por otras causas. 3 casos ingresaron por hiperpotasemia, sin mortalidad por esta causa.

CONCLUSIONES: Nuestros pacientes son ancianos, con pluripatología, y presentan alto riesgo de reingreso. En ellos los AA se toleran peor que los ISRAA o BB, por sus efectos secundarios e intolerancias. Aun así, el 79% de la población continuaban con AA al final del período. Por lo tanto es necesario un seguimiento cercano para detectar efectos secundarios e identificar los pacientes que se benefician. Aunque el deterioro renal y la hiperpotasemia fueron las causas más frecuentes de suspensión de los AA, al final del seguimiento la población mantenía similares cifras de FG y de K. Tampoco se anemizaron, a pesar de recibir ISRAA y AA. Y los valores de los péptidos natriuréticos presentaron una ligera disminución que resultó estadísticamente significativa. Esta mejoría en los marcadores, se plasma también en la reducción de los ingresos hospitalarios por cualquier causa y por IC. También se redujeron las visitas a urgencias, por cualquier causa y por IC. La mortalidad resultó (18% en 6 meses) muy por encima de la mortalidad total descrita en la consulta (15,7% en 5 años). Y es más acusada en el primer mes del seguimiento, haciendo referencia al mal pronóstico al inicio del mismo. En opinión del investigador, los AA se utiliza frecuentemente como un refuerzo diurético en pacientes muy evolucionados y graves.

CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES CON ANTICUERPOS ANTI-RNP persistentemente positivos

Rodríguez Gómez A, Villaverde I, Lorenzo R, Martínez Vidal A, Soto Peleteiro A, Freire MC, Rivera A, Sopena B

COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE VIGO, VIGO

INTRODUCCIÓN: La enfermedad mixta del tejido conjuntivo (EMTC) es una conectivopatía infrecuente y posiblemente infradiagnosticada, serológicamente caracterizada por la presencia de anticuerpos anti-ribonucleoproteína U1 (anti RNP) a títulos elevados. Aunque los anti-RNP están siempre presentes en los pacientes con EMTC (criterio diagnóstico necesario), no son completamente específicos y podrían detectarse en otras enfermedades autoinmunes.

OBJETIVOS: Identificar las enfermedades autoinmunes que pueden estar asociadas con anticuerpos anti-RNP a títulos elevados y persistentemente positivos (+). Estudiar la prevalencia de EMTC en este grupo de pacientes anti-RNP+.

MÉTODOS: Se identificaron los pacientes con al menos 1 anti-RNP+ desde ene/2006 hasta dic/2012. Se definió anti-RNP persistentemente + cuando en el mismo enfermo se recogieron 2 ó más determinaciones + por ELISA separadas 6 meses, sin ningún resultado negativo intermedio. Se consideraron títulos elevados cuando los ANA por inmunofluorescencia en células Hep-2 eran >1/640 patrón moteado. Se comprobó si cada paciente había sido diagnosticado de EMTC. Todos los anti-RNP+ fueron reevaluados para establecer si cumplían los criterios de clasificación de Alarcón-Segovia y Kahn para EMTC.

RESULTADOS: Durante los 7 años del período de estudio, se realizaron 15.173 determinaciones de anti-RNP, de las que sólo 235 (1.55%), en 84 pacientes, fueron +. De estos 84 fueron excluidos 23 por falta de información clínica. En otros 18 (21%), todos con conectivopatías, el anti-RNP fue + en sólo 1 ocasión, con otras determinaciones negativas (se consideró falso +). Finalmente, 47 pacientes cumplieron criterios de anti-RNP persistentemente + a título elevado. De éstos, 39 eran mujeres (relación mujeres / hombres 5:1). La edad media fue 51 años (rango 12-86 años). La media de determinaciones de anti-RNP + por paciente fue de 4.4 y la de seguimiento 59 meses. La EMTC había sido diagnosticada correctamente en 9 (prevalencia del 19%). Los pacientes con anti-RNP+ sin EMTC diagnosticada (n = 38) estaban diagnosticados de lupus en 19 casos, síndrome

de Sjögren primario 4, artritis reumatoide 3, esclerosis sistémica 1 y 7 enfermedad indefinida del tejido conectivo. Las manifestaciones clínicas más frecuentes fueron: artritis (20/38, 53%), Raynaud (18/38; 47%), nefritis lúpica en 3/19 (16%) con anti-Sm +. Otros autoanticuerpos: Anti-Sm se detectó en 18/38 (48%) y anti-Ro en 13/38 (34%). Tras reevaluar los criterios diagnósticos de EMTC en todos los anti-RNP+, 4 pacientes (31% del total final de la EMTC) se reclasificaron como EMTC porque cumplían los criterios clínicos desde el principio. Así, 13 (28%) con anti-RNP persistentemente + a títulos elevados tenían una EMTC definida mientras que el resto (72%) tenían otras enfermedades autoinmunes.

CONCLUSIONES: La mayoría de los pacientes con títulos de anti-RNP persistentemente + tendrán otras enfermedades autoinmunes diferentes de EMTC. Un 30% de los pacientes con EMTC no habían sido diagnosticados correctamente

VALORACIÓN DE LA CALIDAD DE LAS INTERCONSULTAS REALIZADAS AL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL ARQUITECTO MARCIDE DE FERROL.

Ferreira González L, Trigás Ferrín M, Pastor Rubin de Celis E, Sesma Sánchez P.

ARQUITECTO MARCIDE FERROL

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: La relación del servicio de Medicina Interna (MI) con el resto de los servicios intrahospitalarios se vertebró a través de la interconsulta médica (IC). A priori se desconoce la potencial complejidad de la consulta y el tiempo necesario para resolverla siendo una carga de trabajo adicional difícil de cuantificar. Nos hemos propuesto valorar la calidad de nuestras interconsultas y determinar la carga de trabajo real que suponen en la actividad clínica diaria.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se analizaron de forma prospectiva todas las IC realizadas al servicio de MI durante el período laboral ordinario entre Marzo y Abril de 2011, recogiendo el número y tipo de IC, características de los pacientes, diagnósticos principales, tiempo de seguimiento y la referencia en el informe de alta a la realización de dicha IC. Los resultados fueron analizados con el paquete estadístico SPSS.

RESULTADOS: Entre Marzo y Abril de 2011 se solicitaron 84 IC de un total de 57 pacientes (2.37 IC / paciente) que corresponde a 1.79 IC/día. El 63% fueron mujeres con una edad media de 72 años (27-93). El 82% ingresaron a través de Urgencias con una media de 7.75 días transcurridos desde su ingreso hasta la realización de la IC y una estancia media de 18 días. El 63% de las IC se solicitaron para realizar en el día, 28% urgentes y sólo 7% de forma ordinaria. Traumatología solicitó el 39% de las IC, Cirugía General el 35%, Urología el 11%, ORL el 5.6%, Ginecología el 2%, Psiquiatría el 2% y 5.6% servicios médicos (2 Neurología y 1 Hematología). En el 57% se solicitó valoración prequirúrgica y un 43% postquirúrgica. Los motivos más frecuentes de solicitud de IC: disnea (22%), HTA (15%), fiebre (7.4%), alteraciones hidroelectrolíticas (7.4%) y arritmias (7.4%). Los diagnósticos finales más frecuentes: HTA (15%), insuficiencia cardíaca (11%), infecciones respiratorias (9%), fibrilación auricular (7.4%), enfermedad tromboembólica (5.6%), diabetes mellitus descompensada (5.6%) y sepsis (5.6%). Un 63% fueron procesos agudos y un 37% procesos crónicos reagudados. 52% de los casos se solicitaron pruebas complementarias. El 89% de las IC fueron atendidas el mismo día de su solicitud, 5.6% durante las primeras 24 horas y sólo el 6% se demoró la atención más de 24 horas. El 46% se resolvieron en un solo día sin seguimiento posterior y un 7.4% precisó seguimiento mayor de 3 días (duración media de seguimiento 3.79 días). Traslado a otro servicio en un 20% (17% a MI, 1.9% UCI, 1.9% Cardiología). 100% de los casos se realizó contacto con el médico responsable, sólo un 28% de forma verbal. Referencia a la realización de IC en el informe de alta 50%

CONCLUSIONES: La IC médica supone una carga de trabajo adicional importante por precisar valoración inmediata, seguimiento clínico, solicitud de pruebas complementarias e incluso traslado. Los resultados obtenidos son superponibles a lo publicado en la literatura

REINGRESO HOSPITALARIO URGENTE EN UN HOSPITAL TERCIARIO DE GALICIA. ANÁLISIS RETROSPECTIVO DEL AÑO 2011

R Osorio I, Vázquez R., Saborido J., M. Malmierca N., Vega P., Ruanova S., Penas JL, Justo MI, Díaz JL

COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE A CORUÑA

INTRODUCCIÓN-OBJETIVOS: En las últimas décadas el envejecimiento de la población ha sido el cambio demográfico que más influencia ha tenido en el Sistema Nacional de Salud. Implicando una mayor demanda asistencial en relación a una mayor prevalencia de enfermedades crónicas. El programa de crónicos de un hospital terciario debería ser una estrategia de asistencia eficiente. El objetivo de este estudio es justificar la necesidad de creación del mismo en nuestra área médica.

MÉTODOS: Se realizó un estudio observacional retrospectivo en un hospital de tercer nivel de Galicia. Se incluyeron todos los pacientes que precisaron al menos dos ingresos hospitalarios urgentes en un área médica durante el año 2011. Se excluyeron ingresos programados y reingresos en servicios médicos de Hematología, Oncología, Unidad de Lesiones Medulares y Rehabilitación. Se analizaron datos epidemiológicos, clínicos, diagnósticos que motivaron el reingreso hospitalario y unidades médicas en las que se produjeron. Para el análisis utilizamos el paquete estadístico spss 18.

RESULTADOS: Se obtuvo una muestra de 4110 ingresos hospitalarios urgentes en un área médica en el año 2011 que corresponden a 1658 pacientes con reingreso hospitalario, con

una media de 2.5 ingresos por paciente-año. Del total, 1129 pacientes presentaron dos ingresos hospitalarios y 529 pacientes tuvieron al menos 3 ingresos en ese mismo periodo. Edad media fue 73 ± 13 años. El 70% eran mayores de 70 años y un 60% fueron varones. La estancia media fue de 10 días. Los diagnósticos principales al alta fueron: enfermedades pulmonares crónicas (770), insuficiencia cardíaca congestiva (399), neoplasias (234), cardiopatía isquémica (158), hepatopatía crónica (106) y enfermedad cerebrovascular (89). Si realizamos un análisis por unidades médicas el 80.2% de pacientes ingresaron en una planta de Medicina Interna (3296 ingresos de 1326 pacientes), un 6.6% en Digestivo (270 ingresos de 106 pacientes), el 5.9% en Neumología (243 ingresos de 91 pacientes), 4.5% en Cardiología (185 ingresos de 77 pacientes), un 2.2% en Neurología (92 ingresos de 43 pacientes) y un 0.5% en otras áreas médicas. Si realizamos un análisis comparativo con el año 2010 el porcentaje de reingreso hospitalario en las áreas médicas supuso en el año 2011 entre un 32 y 36% del total de ingresos.

CONCLUSIONES: El reingreso hospitalario urgente es un problema real en nuestro medio. La mayor parte de los mismos se producen en unidades de Medicina Interna, en probable relación con la pluripatología y complejidad de nuestros enfermos. Parece necesario crear nuevas estrategias para intentar ofrecer a estos pacientes una alternativa eficiente. Los programas de crónicos podrían dar solución a este problema.

EVOLUCIÓN EN PACIENTES ANCIANOS CON INSUFICIENCIA CARDÍACA QUE RECIBEN AA SUMADO A SU TERAPIA HABITUAL

Lorenzo ML, Cerqueiro JM, Abeledo C, Rubal D, Matesanz M.

SERVICIO DE MEDICINA INTERNA. HOSPITAL DE LUGO

INTRODUCCIÓN: Los antialdosterónicos (AA) han mostrado beneficio en pacientes con insuficiencia cardíaca (IC) y fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) severamente deprimida. De momento no existen datos en pacientes con FEVI conservada o ligeramente disminuida. Sin embargo, es una práctica clínica habitual el tratamiento con AA también a estos últimos, muchas veces como refuerzo diurético. ¿Existen diferencias en la evolución y tolerancia a los AA en los pacientes con IC que habitualmente tratamos?

OBJETIVOS: 1. Estudiar las características de los pacientes con IC que atendemos en el servicio de medicina interna, según la FEVI. 2. Comparar la evolución según su FEVI. 3. Comparar la tolerancia a AA según su FEVI.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio prospectivo de pacientes ingresados por IC en el servicio de Medicina Interna de Lugo. Se han recogido todos los pacientes dados de alta durante 1 mes, con el diagnóstico de ICC y que recibían al alta AA. Fueron seguidos de forma similar durante 6 meses. El investigador solo se limitó a observar sin tomar medidas asistenciales. Dividimos a los pacientes en dos cohortes según su FEVI y comparamos la evolución y la tolerancia a AA.

RESULTADOS: Hemos valorado 31 pacientes, 20 pacientes formaron la cohorte con FEVI > 35% y 11 con FEVI < 35%. Las características de ambas cohortes son superponibles y se muestran en la tabla 1. Los datos de la evolución y tolerancia a AA se recogen en la tabla 2.

CONCLUSIONES: 1. La población estudiada es muy anciana y con mucha comorbilidad. Ambas cohortes son similares, y apenas diferenciables, solo señalar una tendencia a tener más pluripatología los pacientes con FE > 35%. 2. No se encuentran diferencias significativas llamativas en la evolución de los parámetros de función renal y filtrado glomerular, aunque existe una tendencia a la mejoría en la cohorte con FEVI < 35%. Solo se observaron dos casos de hiperpotasemias (con deterioro renal) que obligó a suspender el AA, ambos pertenecían a la cohorte con FEVI > 35%. Las diferencias en las cifras de potasio antes y después del seguimiento no fueron significativas. 3. Ninguna de las dos cohortes se amenizaron a los 6 meses de seguimiento. 4. Los péptidos natriuréticos muestran una tendencia a la mejoría en ambas cohortes, no significativa desde el punto de vista estadístico (probablemente por una "n" muy baja). 5. Ambas cohortes toleraron aceptablemente los AA y de forma similar. Hubo que suspenderlos en 4 casos (2 por hiperpotasemia).

MICROBIOLOGÍA DE LOS CULTIVOS DE ESPUTO EN LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA Y TRATAMIENTO ANTIMICROBIANO.

Arca A.; Novoa L.; Rodríguez M.; Paz JM; Sanjurjo A.; Enríquez H.; Álvarez J.; Araújo S.; De la Fuente J.

HOSPITAL POVISA

INTRODUCCIÓN: Las exacerbaciones de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) aumentan en frecuencia y gravedad según ésta progresa; siendo la mayoría secundarias a una infección respiratoria. Según el grado de obstrucción bronquial es mayor existe un cambio en la microbiología, aumentando la prevalencia de patógenos Gram-negativos.

OBJETIVOS: El objetivo del estudio es conocer la microbiología de las infecciones respiratorias que requieren ingreso hospitalario en los pacientes con EPOC en nuestra área sanitaria, la adecuación del tratamiento antimicrobiano empírico y cómo influye en su evolución.

MÉTODOS: Se realizó un estudio retrospectivo y descriptivo en el que se revisaron 142 cultivos de esputo de pacientes ingresados con EPOC entre enero 2011 y diciembre 2012. La calidad microbiológica de los cultivos se evaluó de acuerdo con los criterios de Murray y Washington, excluyéndose los esputos tipo 1.

RESULTADOS: Fueron positivos 73 cultivos (51.4%); de éstos el 56.1% fueron de buena calidad. El origen de la infección fue adquirida en la comunidad en el 41.1%, nosohusial en el 43.8% y nosocomial en el 15.1%. En el 71.2% se aisló un único germen y en el 28.8% el aislamiento fue polimicrobiano. El patógeno más frecuente fue *P. aeruginosa* (19.2%), seguido de *E. Coli* (12.3%), *S. aureus* (11%), *S. pneumoniae* (9.6%) y *S. marcescens* (6.8%). El 7.2% de los gérmenes eran productores de beta lactamasas de espectro extendido (BLEE), en la mitad de los casos *E. Coli* y el 50% restante *M. catarrhalis*. En 2 muestras (2.9%) se aislaron *S. aureus* resistentes a metilicina (SARM). El tratamiento empírico más utilizado fueron las quinolonas (28.8%), seguido de beta-lactámicos en 23.2% (amoxicilina-clavulánico, 16.4% y 6.8% piperacilina-tazobactam) y las cefalosporinas (16.4%). La pauta empírica fue adecuada en el 53.1% de los casos. En los casos de *P. aeruginosa* y gérmenes con patrones de resistencia en un 58.3% el tratamiento empírico no fue adecuado. La evolución más frecuente fue la curación clínica (32.9%); un 20% de los casos presentaron una recurrencia de la EPOC tras el ingreso y en hasta un 27.1% se observó fracaso terapéutico. La evolución fue desfavorable (recurrencia, fracaso terapéutico o muerte) en hasta un 44.1% de los casos con tratamiento empírico adecuado y en 78.6% de los casos que fue inadecuado ($p < 0.06$). La mortalidad durante el ingreso fue similar tanto si el tratamiento empírico fue adecuado o no (17.6% y 17.9% respectivamente, $p > 0.03$).

CONCLUSIONES: En nuestra serie observamos una elevada prevalencia de *P. aeruginosa*, así como otros gérmenes Gram-negativos y en un significativo número de casos, casi la mitad, el tratamiento empírico fue inadecuado. Es preciso elegir un tratamiento antimicrobiano empírico con cobertura suficiente para los patógenos más prevalentes en función de las características del paciente como el grado de la EPOC, consumo previo de antibióticos, múltiples exacerbaciones e ingresos hospitalarios.

FACTORES DE RIESGO PARA REINGRESO HOSPITALARIO EN PACIENTES INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA MÉDICA

Pernas B, Serrano J, Vázquez R, Castelo L, Rodríguez I, Nicolás R, Ramos V, Penado S, De la Iglesia F.

COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO A CORUÑA

INTRODUCCIÓN: Los reingresos hospitalarios pueden ser un indicador de la calidad de atención sanitaria prestada. Identificar los factores que se asocian al reingreso es un punto sobre el que se podría actuar para mejorar la eficiencia hospitalaria.

OBJETIVOS: Analizar las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes ingresados en una unidad de corta estancia médica (UCEM) que presentan uno o más reingresos al año de seguimiento, y determinar aquellos factores que se asocian a reingreso.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo, prospectivo y observacional de los pacientes ingresados en una UCEM de un hospital terciario durante tres meses. Se analizaron variables epidemiológicas, clínicas, situación socio-funcional, polifarmacia y mortalidad anual.

RESULTADOS: En el periodo de estudio, ingresaron 324 pacientes en la UCEM, de los cuales, 130 (40%) reingresaron en el primer año de seguimiento. De los pacientes que reingresaron, un 68% eran varones, con una edad media de 72 años. El índice de Charlson ajustado por edad es de 4.7. Un 36% de los pacientes que reingresaron cumplían la definición de paciente pluripatológico. Fallecieron un 26% de los pacientes que reingresaron. Tanto el índice de Charlson como el índice de Charlson ajustado por edad, así como el número de ingresos en el año previo se asociaron al reingreso ($p < 0.05$). La edad, el deterioro funcional (Índice Barthel) o cognitivo (índice Pfeiffer), la polifarmacia o el ser un paciente pluripatológico no se asociaron al reingreso ($p > 0.05$). De las diferentes categorías que definen al paciente pluripatológico, sólo la categoría de anemia crónica / neoplasia activa se asoció al reingreso ($p < 0.05$). Se observó una asociación estadísticamente significativa entre el reingreso y la mortalidad ($p < 0.01$).

CONCLUSIONES: La tasa de reingreso anual es elevada. La comorbilidad (definida por el índice de Charlson) y especialmente la presencia de anemia crónica o neoplasia activa se asocian al riesgo de reingreso. La mortalidad es significativamente mayor en los pacientes que reingresan.

ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA: CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN UNA CONSULTA MONOGRÁFICA

Mella Pérez C, Sánchez Trigo S, Barbagelata López C, Fernández Bouza E, Buño Ramilo B, Cainzos Romero T, Vllariño Maneiro L, Sardina Ferreiro R, Gómez Buela I, Lijó Carballeda C, García Alén D, Sesma Sánchez P.

COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE FERROL

INTRODUCCIÓN: Desde julio de 2012 se ha puesto en marcha un registro informatizado de los pacientes con enfermedad tromboembólica (ETV) atendidos en el Área Sanitaria de Ferrol, en una consulta monográfica de Medicina Interna.

OBJETIVO: Conocer las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes diagnosticados de ETV de nuestra área sanitaria.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo de los pacientes atendidos por primera vez en la consulta de ETV, con el diagnóstico de trombosis venosa profunda (TVP) y/o embolia pulmonar (EP), en nuestro centro, en el periodo comprendido entre julio de 2012 y abril de 2013.

RESULTADOS: En el periodo de estudio se atendieron 70 casos de ETV: 29 (41.43%) con TEP, 45 (64.28%) con TVP y 5 (7.14%) con TEP y TVP. La edad media fue de 68.66 ± 17.12 años (rango 23-94) y el 30% tenían más de 80 años. La media del índice de masa corporal (IMC) fue de 31.41 ± 5.7 kg/m². El 55.71% fueron mujeres de las cuales el 56.41% tenían más de 75 años (en los hombres sólo el 32.25%). No se encontraron diferencias significativas en cuanto al diagnóstico de TVP y TEP por sexo ($p=0.58$ para TVP y $p=0.40$ para TEP). El 82.9% de las consultas se correspondían a un primer evento tromboembólico, mientras que el 17.1% a una recidiva. La localización más frecuente de la TVP fue la femoral (44.44%), seguida de la poplítea (26.66%) e iliaca (6.66%). Fueron izquierdas el 65%. El 62.06% de los TEP fueron periféricos. Un 62.06% fueron bilaterales. Un 72.41% fueron leves y sólo un caso masivo (3.44%). El 74.3% (52 casos) de los pacientes procedían de hospitalización. El 2.9% de los casos se asociaron a embarazo. Se realizaron 20 estudios de trombofilia (28.6%), de los cuales dos fueron positivos por el momento. El 7.1% tenían un cáncer activo en el momento del diagnóstico. El 95.7% de los pacientes recibieron como tratamiento inicial Heparinas de Bajo Peso Molecular (HBPM). El 84.3% recibieron como tratamiento a largo plazo Acenocumarol, el 12.9% continuaron tratamiento con HBPM y el 1.4% Rivaroxaban. El porcentaje de hemorragias durante el tratamiento anticoagulante fue del 2.9%. Con un seguimiento mínimo de 5 meses, tras inicio de tratamiento no se ha detectado ningún fallecimiento.

CONCLUSIONES: Los pacientes con ETV atendidos en nuestra consulta son fundamentalmente mujeres de edad avanzada. El evento tromboembólico ha motivado la hospitalización en la mayoría de los pacientes. Las TVP fueron con mayor frecuencia izquierdas y de localización femoral. La mayoría de los TEP fueron periféricos y bilaterales. La mayoría de los pacientes se trataron con HBPM seguido de acenocumarol. Los efectos secundarios de la anticoagulación han sido bajos.

CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD DE PAGET ÓSEA EN EL ÁREA SANITARIA DE FERROL

Lijó Carballeda C, Sánchez Trigo S, Cainzos Romero T, García Alén D, Gómez Buela I, Vilariño Maneiro L, Sardina Ferreiro R, Guerra Vázquez JL, Sesma Sánchez P.

COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE FERROL

INTRODUCCIÓN: La Enfermedad de Paget ósea (EPO) es un trastorno focal del metabolismo del hueso caracterizado por un remodelado óseo acelerado afectando a la integridad del mismo, con escasa expresión clínica, por lo que el diagnóstico suele ser un hallazgo incidental en estudios radiológicos y analíticos.

OBJETIVO: Describir las características clínicas, analíticas y epidemiológicas de los pacientes diagnosticados de EPO en el Área Sanitaria de Ferrol.

MÉTODO: Hemos revisado las historias clínicas de 70 pacientes diagnosticados de EPO, confirmados radiológicamente, en una consulta de Reumatología. Se recogieron datos sobre: sexo, edad, motivo de consulta, valores de la fosfatasa alcalina, localización, tratamiento inicial y complicaciones de la enfermedad.

RESULTADOS: Presentamos una serie de 70 casos, de los cuales un 57,14% eran hombres. La edad media fue de 77 años (rango 46-93). El motivo de consulta inicial en el 61,42% de los pacientes fue la presencia de alteraciones óseas compatibles en la radiografía simple, seguido de elevación de Fosfatasa Alcalina (FAL) (21,42%) y dolor óseo (20%). El 81% de los pacientes presentan afectación poliostótica. La afectación más frecuente fue la iliaca unilateral (44,2%), seguida de la vertebral (38,6%), cráneo (18,5%), fémur (22,77%), húmero (15,71%), ileo-pubiana (14,28%), isquio-pubiana (10%), tibia (8,5%), costillas (5,7%), calcáneo (2,8%), peroné (1,4%), esternón (1,4%), maxilar (1,4%) y clavícula (1,4%). En el 31,4% de los pacientes la FAL fue normal. El 68,58% de los pacientes recibieron tratamiento con bifosfonatos, de los cuales el 37,14% recibió tratamiento con risedronato y el 25,7% con ácido alendrónico. En el seguimiento de estos pacientes el 5,71% de los pacientes presentaron complicaciones: coxopatía pagética (3 casos) y fractura de fémur (1 caso).

CONCLUSIONES: En la mayoría de los pacientes el diagnóstico de la EPO fue un hallazgo radiológico casual. La afectación poliostótica fue mayoritaria y la elevación de la FA estaba presente en la mayor parte de los pacientes. La localización más frecuente fue la iliaca, seguida de la axial. El tratamiento se realizó con bifosfonatos en la mayoría de los casos y el número de complicaciones fue escaso.

TROMBOSIS PORTAL: ESTUDIO DESCRIPTIVO.

Íñiguez Vázquez I, Rubal Bran D, Matesanz Fernández M, Ventura Valcárcel P, Piñeiro Fernández JC, López Reboiro ML, Monte Secades M.

HULA

INTRODUCCIÓN: La trombosis de la vena porta es un fenómeno multifactorial en el que se entrelazan factores inflamatorios y protrombóticos locales y sistémicos. Es trastorno poco habitual en la población general, siendo relativamente frecuente en los pacientes con cirrosis hepática.

OBJETIVO: Describir la experiencia de nuestro centro en trombosis portal.

MÉTODO: Estudio retrospectivo de todos los casos identificados por el Servicio de codificación de nuestro hospital que tuvieran como diagnóstico principal o secundario trom-

bosis portal, durante el periodo 2008-2012, revisando la historia clínica según protocolo establecido.

RESULTADOS: Se recogieron 22 pacientes con trombosis portal, 81.8% varones, edad media 71.2 (DS 9.5). En sus antecedentes destacan tabaquismo 54.5% y ETV previa 13.6%. Referente a los factores desencadenantes, el 63.6% tenían cirrosis, el 45.5% cáncer (36.5% hepatocarcinoma, 4.5% renal y 4.5% vesical, el 90% en estadio avanzado), el 13.6% infección abdominal y el 13.6% cirugía abdominal reciente. Se realizó estudio de hipercoagulabilidad a 3 pacientes, siendo positivo en 2 casos (uno hiperhomocisteinemia, otro déficit de proteína C y proteína S). En ningún caso se asoció a traumatismo abdominal, síndrome nefrótico o trasplante renal. Recibieron tratamiento anticoagulante el 31.8%, con HBPM el 71.4% de los tratados y con Acenocumarol el 28.6%.

CONCLUSIÓN: El perfil más frecuente de paciente con trombosis portal es el de un varón cirrótico, frecuentemente con hepatocarcinoma; motivo que justifica probablemente la baja frecuencia de tratamiento anticoagulante en la serie. No obstante, el tratamiento de estos enfermos no está estandarizado.

INMUNODEFICIENCIAS PRIMARIAS: ABORDAXE INTEGRAL DESDE UNHA CONSULTA ESPECIALIZADA.

Sánchez Trigo S., Cainzos Romero T., Gómez Buela I., Lijó Carballeda C., García Alén D., Vilariño Maneiro L., Sardina Ferreiro R., Mariño Callejo A., Sesma Sánchez P.

COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE FERROL

INTRODUCCIÓN E OBIECTIVOS: As Inmunodeficiencias Primarias (IP) son un grupo de patologías heterogéneas caracterizadas polo elevado risco de infeccións e outras manifestacións de distinta natureza (inflamatoria, autoinmune ou neoplásica) que poden afectar a múltiples órganos e sistemas. Un manexo integrado, especializado e protocolizado pode repercutir de forma moi positiva na calidade de vida dos pacientes e na prevención e diagnóstico precoz de complicacións potencialmente graves. En febreiro de 2012 púxose en marcha por parte do servizo de Medicina Interna unha consulta especializada de IP na Área Sanitaria de Ferrol.

MATERIAL E MÉTODOS: Revisamos as historias clínicas dos pacientes diagnosticados de inmunodeficiencias primarias en seguemento nunha consulta especializada de Medicina Interna desde febreiro de 2012 ata marzo de 2013.

RESULTADOS: Desde a posta en marcha da consulta especializada e ata o 31 de marzo de 2013, realizouse o seguemento de 21 pacientes. A maior parte deles co diagnóstico de Inmunodeficiencia Común Variable (ICV) (76.19%), seguido de Déficit de Subclases de IgG (9.52%), Síndrome de Hiper-IgM (9.52%) e Agammaglobulinemia ligada a X (4.77%). A maior parte dos pacientes proviñan doutras consultas de Medicina Interna (61.90%), seguido de Hematoloxía (14.28%), Pediatría (9.52%), Neumoloxía (7.15%) e unidades de Hospitalización (7.15%). Aplicouse o protocolo de tratamento e seguemento, encamiñado ao diagnóstico precoz das potenciais complicacións respiratorias, dixestivas, autoinmunes e neoplásicas, elaborado para os pacientes con ICV, pero aplicable aos demais. Durante este período, ademais de indicar e optimizar o tratamento substitutivo, esta protocolización permitiunos diagnosticar complicacións como Enfermidade Celíaca (2 casos), Adenocarcinoma gástrico estadio I (1 caso) ou Amiloidose secundaria (1 caso). Faleceron neste período 2 pacientes (adenocarcinoma gástrico estadio IV e perforación intestinal).

CONCLUSIÓN: A consulta especializada e protocolizada permite un mellor seguemento dos pacientes e un diagnóstico precoz das complicacións potencialmente graves.

CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES SOMETIDOS A ARTROPLASTIA DE CADERA Y RODILLA EN EL HOSPITAL QUIRON A CORUÑA. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE 103 CASOS

Mejide H, Porteiro J, Serrano J, Gonzalez-Vilariño V, Mena A, Moreno JA, Asensio P

HOSPITAL QUIRON A CORUÑA

INTRODUCCIÓN: La cirugía ortopédica protésica mejora sustancialmente la calidad de vida de los pacientes sometidos a intervención, disminuyendo los síntomas y la necesidad de polifarmacia y restaurando la funcionalidad e independencia; sin embargo no está exenta de complicaciones, siendo la más temida la infección protésica. Los objetivos del presente estudio son definir el perfil del paciente que se somete a una artroplastia de cadera o rodilla y describir las complicaciones y la morbi-mortalidad derivadas del procedimiento.

MATERIAL Y METODOS: Estudio observacional de cohortes prospectivo llevado a cabo en el período Noviembre 2011 – Marzo 2013 en un Hospital Concertado de segundo nivel en A Coruña. En el seno del programa de Internista de Proceso Quirúrgico se recogieron los pacientes sometidos de manera electiva a artroplastia de cadera o rodilla. Se analizaron sus características epidemiológicas, clínicas, el uso de profilaxis, las complicaciones médicas y quirúrgicas, la tasa de infección protésica y la mortalidad global. Se realizó un análisis descriptivo utilizando el paquete estadístico SPSS 16.0.

RESULTADOS: Se reclutaron un total de 103 pacientes, 70% mujeres, con una edad media de 70.6 ± 8.1 años. El 75% del total pertenecían al SERGAS. El 44% tenían un Índice de Charlson ≥ 2 , el 82% un riesgo anestésico ASA ≥ 2 y el 55% tenían algún grado de dependencia funcional (Escala Cruz Roja ≥ 2). Hasta un 63% de los pacientes tomaban 4 o más fármacos. Por tipo de cirugía se distribuyeron en 76 artroplastias rodilla, 20 artroplastias de cadera, 4 recambio prótesis rodilla y 3 recambio prótesis cadera. En todos los pacientes se cumplieron los protocolos de profilaxis antibiótica, profilaxis enfermedad tromboembólica y

hemorragia digestiva. Respecto a las complicaciones, el 14% desarrolló descompensación de patología previa, el 28,9% alguna complicación médica y el 3,9% alguna complicación quirúrgica. La tasa de infección protésica fue de 3,9% (4 pacientes, aislándose SAMS x2, SAMR, y Enterobacter cloacae). El internista tomó decisiones en un 42% de los casos. Se obtuvo respuesta clínica favorable en el 97,1% y fracasó en 3 pacientes (2,9%), uno de ellos falleció (mortalidad global 0,9%).

CONCLUSIONES: 1. El perfil de paciente que se somete a una artroplastia es una mujer de edad avanzada, con elevada comorbilidad y polifarmacia. 2. La descompensación de patologías previas y el desarrollo de complicaciones médicas durante la hospitalización hacen necesario plantear programas de atención multidisciplinar. 3. El internista tomó parte en el manejo en un 42% de los casos. 4. La tasa de infección protésica fue similar a la de otras series; nuevamente el *S. aureus* es el aislado más prevalente, lo que obliga a reconsiderar el tipo de profilaxis antibiótica.

VASCULITIS EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE KIKUCHI. REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LA LITERATURA

Lorenzo Castro R; Seco Hernández E; Chamorro A; Freire MC; Rivera A; Villaverde I; Sopena B

HOSPITAL XERAL-CÍES DE VIGO. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE VIGO. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE OURENSE

INTRODUCCIÓN: La enfermedad de Kikuchi (EK) es una enfermedad de etiología desconocida. Se cree que su origen es autoinmune, de hecho en los últimos años se ha relacionado con enfermedades de este tipo. Sin embargo, la asociación entre la EK y vasculitis es objeto de debate porque muy pocos casos se han descrito y en los pocos casos de EK-fatal donde se realizó necropsia no se encontró signos de vasculitis. No existe ninguna revisión sistemática que describa las características de las vasculitis en pacientes con EK.

OBJETIVOS: Conocer las características histológicas de las vasculitis en pacientes adultos con EK y la repercusión clínica de estos hallazgos en la evolución clínica.

MÉTODOS: Realizamos una revisión de la literatura en la siguientes bases de datos MEDLINE (fuente: PubMed, de 1972 a julio de 2011), EMBASE (de 1980 a julio de 2011) y páginas Web de ciencia. Los términos introducidos para la búsqueda fueron "Kikuchi" y "Linfadenitis necrotizante histiocítica" combinadas como términos de MeSH y palabras de texto, sin restricción de lenguaje. Se incluyeron estudios con individuos adultos (>14 años) y que proporcionasen los datos clínicos y analíticos suficientes para establecer si el paciente presentaba confirmación histológica de EK y vasculitis. Se recogió el tipo de vasculitis según la ACR y la positividad para ANCA.

RESULTADOS: Encontramos 26 artículos de los cuales 17 (65%) fueron excluidos por ser revisiones, incluir pacientes pediátricos, datos insuficientes o porque no cumplían los criterios de inclusión; además 8 artículos con confirmación histológica para vasculitis. En total se incluyeron 17 artículos que recogían 18 pacientes con EK y vasculitis confirmada por biopsia (un caso por clínica y angiografía cerebral compatibles), fueron mujeres 12 (67%) con una ratio mujer/varón 2:1. La media de edad para el diagnóstico de la EK fue de 29 años (rango 14-56). La localización de la vasculitis fue: vasos de la grasa perinodal en 7 (37%), vasculitis leucocitoclástica cutánea en 5 (26%), vasculitis retiniana en 4 (21%) en 2 de ellos con criterios de Behçet, 1 caso de mononeuritis múltiple con vasculitis de epididimo (posible PAN) y 1 caso más de vasculitis del SNC por angiografía pero sin biopsia. De los 12 pacientes con vasculitis cutánea y de la grasa periganglionar 5 (42%) tenían un lupus concomitante y 4 (33%) lo desarrollaron posteriormente. Así pues, de los 18 pacientes con vasculitis y Kikuchi 13 (72%) tenían o desarrollaron enfermedades autoinmunes definidas. Sólo se encontró una mujer con EK y un cuadro clínico sugestivo de una poliangitis con granulomatosis y ANCAS positivos pero sin confirmación histológica.

CONCLUSIONES: La presencia de vasculitis en los vasos de la grasa perinodal u otros órganos, en pacientes con enfermedad de Kikuchi, se asoció con alto riesgo de padecer enfermedades autoinmunes. Hasta la fecha, no se ha publicado ningún caso de vasculitis ANCA-positivos confirmado histológicamente en pacientes con EK.

MICROBIOLOGÍA Y TRATAMIENTO DE LA ENDOCARDITIS INFECCIOSA

Arca A.; Novoa L.; Rodríguez M.; Álvarez J.; Sanjurjo A.; Paz JM; De la Fuente J.

HOSPITAL POVISA

INTRODUCCIÓN: La endocarditis infecciosa (EI) es una enfermedad que ha sufrido cambios en su perfil epidemiológico y microbiológico en los últimos años como consecuencia del aumento de los casos de infección nosohusial, pacientes más ancianos y mayor número de dispositivos intracardíacos. A pesar de los avances en diagnóstico y tratamiento continúa presentando una elevada mortalidad.

OBJETIVOS: El objetivo de este estudio es conocer la microbiología de la EI en nuestra área sanitaria y la adecuación del tratamiento antimicrobiano, así como la evolución que presentan éstos pacientes.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó un estudio retrospectivo mediante revisión de las historias clínicas de los pacientes con EI que fueron atendidos en nuestro centro en el período comprendido entre enero de 1996 y febrero de 2013.

RESULTADOS: Se incluyeron 121 casos con EI y los microorganismo causales se identificaron en el 85,1% de los pacientes. El patógeno más frecuente aislado en los hemocultivos fue *S. alfa-hemolítico* (24,6%), seguido de *S. aureus* (19,3%), *S. epidermidis* (14%), *S.*

bovis (8,8%), *E. faecalis* (7,9) y otros *S. coagulans* negativo (4,4%). En cuanto al antibiograma, un 33,3% presentaban resistencia a la penicilina, un 19,6% a la oxacilina y 12,3% a las cefalosporinas. Las pautas antibióticas más prescritas empíricamente fueron las siguientes: penicilina/ampicilina más un aminoglucósido (25,2%), glicopéptido más un aminoglucósido (23,4%), penicilina/ampicilina/ceftriaxona (13,1%) y ceftriaxona con un aminoglucósido (12,1%). El tratamiento empírico resultó adecuado en el 91,9% de los pacientes; en un 18,8% de los pacientes se pudo realizar desescalada terapéutica y únicamente en un 3,1% fue preciso ampliar la cobertura antibiótica. El 81,9% de los pacientes realizó entre 4 y 6 semanas de tratamiento. Existía indicación cirugía cardíaca en el 70,5% de los casos, en un 42,5% se realizó de forma urgente y en un 19,5% de forma diferida. La evolución más frecuente en estos pacientes fue la curación tras cirugía cardíaca sin secuelas (32,1%). En un 11,9% de los pacientes presentaron curación aunque con disfunción moderada/grave. La mortalidad durante el episodio de EI fue elevada 20,9% de los pacientes.

CONCLUSIONES: Los resultados obtenidos en nuestra serie de casos son similares a los descritos en la literatura médica. Se observa una elevada mortalidad intrahospitalaria durante el episodio de EI a pesar de realizar un tratamiento antimicrobiano adecuado en la práctica totalidad de los casos. La mayoría de los pacientes tienen indicación de cirugía cardíaca.

TASA DE REINGRESO Y MORTALIDAD ANUAL EN PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA MÉDICA

Pernas B, Serrano J, Castelo L, Vázquez R, Ramos V, Nicolás R, Penado S, Seoane B, De la Iglesia F.

COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO A CORUÑA

INTRODUCCIÓN: El paciente pluripatológico constituye una población emergente en nuestra práctica clínica diaria con una especial susceptibilidad y fragilidad clínica. Su comorbilidad, deterioro cognitivo y dependencia funcional condicionan un alto coste socio-sanitario y una importante sobrecarga asistencial hospitalaria.

OBJETIVOS: Comparar las características epidemiológicas y pronósticas de los pacientes ingresados en una unidad de corta estancia médica (UCEM) y establecer si existen diferencias en la tasa de reingresos y mortalidad anual de los pacientes pluripatológicos.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo, prospectivo y observacional que incluyó a pacientes ingresados en una UCEM de un hospital terciario en un período de tres meses. Se analizaron las variables epidemiológicas de los pacientes, los reingresos al mes y al año así como la mortalidad al año de seguimiento.

RESULTADOS: En el período de estudio, ingresaron 324 pacientes en la UCEM, de los cuales 60% eran varones. Los pacientes pluripatológicos (PP) representan un 34,3% del total y son pacientes de mayor edad, con mayor comorbilidad expresada por el índice de Charlson ajustado por edad, mayor dependencia funcional (índice de Barthel), mayor deterioro cognitivo (índice de Pfeiffer) y más polimedicados respecto a los pacientes no pluripatológicos (NP) con diferencias estadísticamente significativas ($p < 0.05$). No hubo diferencias en la tasa de reingresos al mes (18% PP vs 15% NP; $p > 0.05$) ni en la tasa de reingresos al año (43% PP vs 39% NP; $p > 0.05$). Al año de seguimiento, 60 pacientes habían fallecido y la mortalidad anual fue mayor en los PP (34% vs 10%; $p < 0.001$).

CONCLUSIONES: La complejidad del paciente ingresado en una UCEM es elevada, cumpliendo uno de cada tres pacientes la definición de paciente pluripatológico. No existen diferencias en la tasa de reingresos mensual ni en la tasa de reingresos anual entre los pacientes PP y los NP. Cumplir la definición de paciente pluripatológico no predice el riesgo de reingreso. La mortalidad anual es mayor en los pacientes PP.

EXPERIENCIA EN EL USO DE TIGECICLINA EN EL TRATAMIENTO DE INFECCIÓN DE PIEL Y PARTES BLANDAS

Villaverde I, Rodríguez-Gómez A, Argibay AB, Pérez-Rodríguez MT, Sousa A, Lorenzo R, Alonso M, Martínez-Vidal A, Gómez-Sousa J, Soto Peleteiro A, Nodar A, Paradelo A (1), Sopena B, Rivera A, Freire M, Martínez-Vázquez C.

HOSPITAL XERAL-CÍES. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE VIGO.

INTRODUCCIÓN: La tigeciclina es un antibiótico del grupo de las gliciliclinas, que actúa bloqueando la síntesis proteica de la bacteria al unirse a la subunidad 30S del ribosoma. Es activo frente grampositivos (incluidos *S. aureus* resistente a metilicina y *Enterococcus* resistente a vancomicina) y gramnegativos (incluidos productores de betalactamasas). Tiene indicación aprobada para infecciones de piel y partes blandas e infecciones intraabdominales complicadas.

OBJETIVOS: Valorar las indicaciones de la tigeciclina, la eficacia y la seguridad en pacientes con infección de piel y partes blandas en nuestro medio.

MATERIAL Y MÉTODOS: De forma retrospectiva se revisaron los pacientes tratados con tigeciclina entre enero 2009 y diciembre de 2011. El servicio de farmacia facilitó los datos de prescripción y se incluyeron aquellos pacientes con infección de piel y partes blandas. Se revisaron las características epidemiológicas de los pacientes, el motivo de cambio antibiótico a tigeciclina, su duración y efectos adversos atribuidos al tratamiento, los microorganismos aislados y la evolución clínica.

RESULTADOS: Se analizaron los datos de 30 pacientes, 50% varones, con una edad media de 75 ± 1.1 años. Cuatro pacientes presentaron afectación de planos profundos llegando a la fascia y 1 celulitis necrotizante. Se observaron comorbilidades en un elevado porcentaje: 6 pacientes eran diabéticos, 19 con insuficiencia venosa crónica y 5 eran obesos. De los pacientes incluidos 26 (87%) habían presentado mala evolución con tratamiento antibiótico previo, durante 7 días (rango 1-21). En 7 pacientes (23%) se aisló el microorganismo responsable, en hemocultivos y/o exudado: 3 *S. aureus* (1 meticilina resistente), 2 *E. coli*, 1 *S. pyogenes* y 1 *Streptococcus beta-hemolítico*. Tras el inicio de tigeclina se objetivó mejoría clínica en 3 días (rango 1-7 días). La duración total del tratamiento con tigeclina fueron 11 ± 5.7 días. El 33% de los pacientes presentaron efectos adversos: 1 erupción cutánea, 2 elevación de transaminasas, 6 náuseas y vómitos y 1 diarrea. Sin embargo, sólo fue necesario suspender el tratamiento en 1 paciente. No falleció ningún paciente.

CONCLUSIÓN: La tigeclina es un fármaco seguro y útil para el manejo de infección de piel y partes blandas complicadas.

COMPLICACIONES HEMORRÁGICAS DE DABIGATRÁN

Álvarez J, López M, Puerta R, Novoa L, Arca A, De la Fuente J

POVISA (VIGO)

INTRODUCCIÓN: Dabigatrán es un fármaco anticoagulante que se caracteriza por ser inhibidor directo de la trombina. Se administra por vía oral y no requiere controles de coagulación.

OBJETIVOS: Determinar la frecuencia y gravedad de eventos adversos en pacientes con fibrilación auricular permanente anticoagulados de forma crónica con dabigatrán.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo y retrospectivo en el que se incluyeron a pacientes en los que se inició tratamiento con dabigatrán entre los meses de noviembre 2011 y febrero 2012. Las variables incluidas en el protocolo de recogida de datos fueron: motivo de indicación para la anticoagulación permanente, factores de riesgo hemorrágicos e isquémicos, cifras de hemoglobina, creatinina y urea. Analizamos la aparición de efectos adversos hemorrágicos.

RESULTADOS: Se incluyeron 126 pacientes (51,2% hombres) con media de edad de 77,6 años (54-96). El antecedente más frecuente fue HTA (81,7%), seguido de DM (20,6%), ictus previo (18,3%), ICC (15,9%) e IR (2,4%). Once de ellos estaban con tratamiento concomitante con AAS, y 3 con clopidogrel. Se objetivó complicación por sangrado en 21 pacientes (16%), menor en 16, mayor en 3 y vital en 1. La localización más frecuente fue intestinal en 7 pacientes, urológica en 6 pacientes, cerebral en 1 paciente, pulmonar en 1 paciente, genital en 1 paciente y nasal en otro. De los pacientes que presentaron hemorragia se evidenció que todos ellos tenían HTA, 6 DM, 8 ictus previo y 1 IR. Cuatro estaban a tratamiento con aspirina y ninguno con clopidogrel. Se observó que en este grupo de pacientes la urea inicial era mayor que en el resto de forma estadísticamente significativa; también se constató que en los pacientes que presentaron complicaciones hemorrágicas hubo una caída significativa de la hemoglobina de un promedio de 2,34 g/dL y un ascenso de creatinina de 0,4 mg/dL.

CONCLUSIONES: Las complicaciones a corto plazo del tratamiento con dabigatrán en la práctica clínica habitual son superponibles a las reportadas en los ensayos clínicos.

INMUNODEFICIENCIA COMÚN VARIABLE: CARACTERÍSTICAS DOS PACIENTES EN SEGUIMIENTO NUNHA CONSULTA ESPECIALIZADA DE MEDICINA INTERNA

Cainzos Romero T, Sánchez Trigo S, Mariño Callejo A, Lijó Carballeda C, García Alén D, Gómez Buela I, Vilarinho Maneiro L, Sardina Ferreiro R, Sesma Sánchez P.

COMPLEXO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE FERROL

INTRODUCCIÓN: A Inmunodeficiencia Común Variable (ICV) describe un grupo heteroxéneo de patologías que que manifiesta fundamentalmente pola presenza de infeccións recurrentes, sobre todo pulmonares e/ou gastrointestinais e que ademais se pode asociar a outras enfermidades. Desde febreiro de 2012 o servizo de Medicina Interna puxo en marcha unha consulta protocolizada para o diagnóstico, seguemento e tratamento destes pacientes.

OBJETIVOS: Presentamos as características clínicas e epidemiolóxicas dunha serie de pacientes diagnosticados de ICV e en seguemento nunha consulta protocolizada de Medicina Interna.

MATERIAL E MÉTODOS: Revisamos as historias clínicas dos pacientes diagnosticados de ICV en seguemento nunha consulta especializada de Medicina Interna desde febreiro de 2012 ata marzo de 2013.

RESULTADOS: Na consulta realizamos o seguemento de 16 pacientes, o que representa unha prevalencia na nosa área sanitaria de 7,6 casos/100000 habitantes. O 50% eran mulleres e a media de idade 58,25 anos (rango: 34-76). A manifestación clínica máis frecuente ao diagnóstico foi a infección respiratoria (62,6%), seguida de síndrome constitucional (12,5%), anemia hemolítica autoinmune (6,3%), otites de repetición (6,3%), giardiase intestinal (6,3%) e diarrea crónica (6,3%). O 81,2% dos pacientes presentaron complicacións infecciosas, das cales as máis frecuentes son as respiratorias (que presentaron o 81,2%), seguido das sinusites (18,75%) e enterite (12,5%). Como manifestacións clínicas crónicas, a máis frecuente é a respiratoria, cun 62,6%, sendo a máis frecuen-

te as Bronquiectasias (43,8%). O 56,25% dos pacientes presentan esplenomegalia. O 18,8% dos pacientes presentaban sinusite. O 37,5% dos pacientes presentan patologías autoinmunes asociadas, sendo as máis frecuentes o Hipotiroidismo (12,5%) e a Anemia Perniciosa (12,5%). Durante o seguemento, 2 pacientes foron diagnosticados de Adenocarcinoma gástrico. O 50% dos pacientes reciben tratamento substitutivo con Inmunoglobulina intraveosa, dos cales 2 tiveron reaccións adversas (1 con reacción anafiláctica con anticorpos anti-IgA positivos). A mortalidade na nosa serie foi do 12,5% (2 pacientes), por adenocarcinoma gástrico avanzado e shock séptico.

CONCLUSIÓN: Os pacientes con ICV presentan unha importante variedade de complicacións infecciosas, respiratorias, dixestivas, autoinmunes e neoplásicas. A infección respiratoria é a manifestación clínica inicial máis frecuente nos nosos pacientes. Un manexo protocolizado e especializado permite realizar un diagnóstico precoz das complicacións e optimizar o seguemento e o tratamento.

LIRAGLUTIDE: EXPERIENCIA EN LA PRACTICA CLÍNICA HABITUAL

De la Fuente J, Fernández FJ, González LC, Puerta RB, Arca A, Novoa L, Álvarez J

POVISA

INTRODUCCIÓN: Liraglutida es un análogo del GLP-1 con una acción normoglucemiante tras la ingesta de alimentos. La administración subcutánea de liraglutida a dosis de 1,8 mg diarios durante seis meses consigue disminuir el peso y la cifra de hemoglobina A1. Los efectos sobre otros parámetros de riesgo vascular son menos conocidos.

OBJETIVOS: El objetivo del presente estudio es evaluar en la práctica clínica diaria los efectos de la administración durante seis meses de liraglutida sobre el peso, la tensión arterial (TA), el perfil lipídico, la glucemia basal y la cifra de hemoglobina glicosilada.

PACIENTES Y MÉTODO: Revisión retrospectiva de pacientes con Diabetes mellitus tipo 2 (DM2) que iniciaron tratamiento con liraglutide después del mal control de la diabetes con una combinación de antidiabéticos orales, uno de los cuales necesariamente era metformina, durante al menos el año previo. Se realizó determinación basal y los seis meses del peso, TA sistólica, TA diastólica, niveles séricos de colesterol total, HDL, TG, glucemia basal y hemoglobina A1.

RESULTADOS: Veinte sujetos (8 hombres) fueron incluidos. La edad media era de $61 \pm 7,8$ años, el peso de $81 \pm 10,1$ kg y el índice de masa corporal de $32,8 \pm 3,9$ Kg/m². Las cifras iniciales de TAS fueron de 141 ± 17 mm Hg, TAD de $82,6 \pm 2,87$ mm de Hg, glucemia basal de $198,2 \pm 65,2$ mg/dL, Colesterol total 184 ± 58 mg/dL, Triglicéridos $100,4 \pm 28,6$ mg/dL, HDL $49,7 \pm 11,95$ mg/dL, LDL $114,6 \pm 43,5$ mg/dl y la cifra de HbA1 fue de $9,2 \pm 0,99$ %. Tras seis meses de tratamiento se observó una disminución significativa del peso ($-5,04 \pm 2,73$ Kg, $-6,06 \pm 2,74$ %), TAS ($-5 \pm 2,7$ mmHg), TAD ($-3 \pm 5,8$ mm Hg), colesterol total ($-14,2 \pm 8,9$ mg/dL), HDL ($+3 \pm 1,9$ mg/dL) LDL ($-12 \pm 4,9$ mg/dL), glucemia basal (-62 ± 44 mg/dL) y hemoglobina A1 ($-2,34 \pm 1,02$ %). El 40% de los sujetos tratados alcanzó cifras objetivo de HbA1 < 7%. El descenso de la hemoglobina glicosilada se correlacionó con los cambios en las cifras de TAS, TAD, colesterol y LDL.

CONCLUSIONES: Liraglutide muestra un efecto metabólico favorable a los seis meses, asociado al descenso de la cifra de hemoglobina glicosilada

SINDROME DE COMPRESIÓN MEDULAR MALIGNO. ESTUDIO RETROSPECTIVO DE 5 AÑOS EN EL CHUO.

Fernández Regal I, Victoria Fernández C, López Vázquez M.D, Seco Hernández E, Rodríguez Álvarez P, Pérez Carral V, López Mato P, De Toro M, Chamorro Fernández A.J.

COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE OURENSE

INTRODUCCIÓN: El síndrome de compresión medular maligno (SCMM) es el resultado de la invasión, desplazamiento o atrapamiento de la médula espinal o raíces nerviosas que forman la cola de caballo, por cualquier lesión relacionada con la neoplasia de base. Es la 2ª complicación neurológica más frecuente después de las metástasis cerebrales. El factor pronóstico más determinante es el estado neurológico previo al tratamiento, por lo que deben iniciarse maniobras de diagnóstico y tratamiento precozmente. La clínica consiste en dolor, alteraciones motoras, sensitivas y disfunción de esfínteres. El diagnóstico se basa en la clínica y se confirma con técnicas de imagen como la resonancia magnética. El tratamiento se basa en corticoterapia y radioterapia y en algunos casos, cirugía.

OBJETIVOS: Estudiar la etiología, clínica y terapéutica de los pacientes en seguimiento por el Servicio de Oncología Radioterápica, con el diagnóstico de SCMM. Estudio retrospectivo de los episodios de SCMM dentro del área que corresponde al CHUO (900 camas). Los datos se obtuvieron a través de la recogida de historias entre los años 2008 y 2013. Se seleccionaron los casos que fueron valorados por el Servicio de Oncología Radioterápica.

RESULTADOS: Se recogieron 65 casos a lo largo de 5 años, con una media de edad al diagnóstico del tumor de 68 años, siendo el 70% varones. El 47% de los pacientes pertenecían al S. de Oncología y el 18% a Medicina Interna, siendo de menor porcentaje los servicios de Neumología, Cirugía, Urología o Hematología. La etiología más frecuente era neoplasia de pulmón y de próstata, con un 23%, respectivamente. El 35% de los pacientes presentó compresión medular como clínica inicial de la neoplasia, con una mediana de intervalo de tiempo entre el diagnóstico de la neoplasia y el SCMM de 5,5 meses. El síntoma más frecuente al diagnóstico fue el dolor a nivel de columna, existente en el 89% de los pacientes, con una mediana de tiempo de desarrollo de la sintomatología de 30 días,

seguido de déficit motor (47%), déficit sensorial (9%) y disfunción de esfínteres (15%). Un 38% presentaban un ECOG de 2, encontrándose el 32% de los pacientes, en peores condiciones clínicas. Al 97% de los pacientes se le realizó una Resonancia Magnética para confirmar el diagnóstico, objetivándose que la localización más frecuente es la dorsal (64%), seguida de la lumbar (17%), con una media de vértebras afectadas de 2. En el 83% de los pacientes se objetivó afectación de partes blandas y en un 49% metástasis viscerales. En cuanto al tratamiento, el 89% recibieron corticoterapia, el 92% radioterapia y 7% requirieron cirugía.

CONCLUSIONES: En nuestro estudio, se ha objetivado que las neoplasias más frecuentes que producen el SCMM son pulmón y próstata, coincidiendo con los datos encontrados en la literatura. En cuanto al tratamiento corticoideo, no hemos encontrado una dosis estándar del mismo, debido a los diferentes grados de afectación neurológica de nuestros pacientes.

PROGRAMA INTERNISTA DE PROCESO QUIRURGICO EN EL HOSPITAL QUIRON A CORUÑA

Mejide H, Serrano J, Porteiro J, Mena A, Moreno JA, Asensio P.

HOSPITAL QUIRON A CORUÑA

INTRODUCCIÓN: Numerosos estudios han demostrado el impacto favorable del trabajo de servicios médicos en el cuidado de los pacientes de edad avanzada con elevada comorbilidad que se someten a cirugía. Los objetivos del estudio son describir las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes que se someten a cirugía mayor, y mostrar los resultados del programa en cuanto a complicaciones derivadas y mortalidad.

MATERIAL Y METODOS. Estudio observacional de cohortes prospectivo en el periodo comprendido entre Noviembre 2011- Noviembre 2012 en un Hospital Concertado de segundo nivel en A Coruña. Criterios de inclusión: pacientes sometidos a intervención quirúrgica con estancia estimada >24 horas, edad >60 años y/o Índice de Charlson >2 y aquellos que presentaron alguna complicación no incluidos al inicio. Se analizaron características epidemiológicas y clínicas, complicaciones medicas y quirúrgicas así como mortalidad global. Se realizó un estudio descriptivo utilizando el paquete estadístico SPSS 16.0.

RESULTADOS: Se reclutaron un total de 150 pacientes (51,3% mujeres), con una edad media de 72,2 ±7.7 años. El 60% tenían un Índice de Charlson ≥2, el 85% un riesgo anestésico ASA ≥2, el 39% una limitación de funcionalidad (Escala Cruz Roja ≥2) y hasta un 61% tomaban 4 o más fármacos. Respecto a la distribución por departamentos: 71 (43,3%) Traumatología; 43 (28,7%) Cirugía General; 23 (15,3%) Urología; 11 (7,3%) Vascular; 2 (1,4%) Otros. El 43,7% correspondían a SERGAS. El 90% de las intervenciones fueron electivas. En todos los pacientes se cumplieron los protocolos vigentes en el Centro sobre profilaxis antibiótica, enfermedad tromboembólica y hemorragia digestiva. En todos se realizó conciliación de medicamentos. Respecto a las complicaciones, el 21,3% presentó descompensación de patologías previas; el 18% desarrolló alguna complicación médica, el 15,3% alguna complicación infecciosa y el 12,7% alguna complicación quirúrgica. El internista tomó parte en el manejo en el 48,7% de los casos. Se obtuvo una respuesta clínica favorable en el 96% de los casos. La estancia media en el periodo de plena actividad del programa disminuyó respecto al mismo periodo del año anterior (4,70 a 3,11). La mortalidad global ascendió a 3 pacientes (2%), mortalidad atribuible 1,3%.

CONCLUSIONES: 1- La edad y la comorbilidad de los pacientes sometidos a procedimientos quirúrgicos obligan a un abordaje multidisciplinar para minimizar complicaciones y reducir morbi-mortalidad. 2- El programa evalúa pacientes con alto riesgo de complicaciones y asume la prevención y el tratamiento de las mismas, así como realiza la conciliación de medicamentos en este grupo de pacientes polimedcados. 3- Los resultados preliminares del programa confirman la mejora en la atención de estos pacientes, en términos de reducción de estancia hospitalaria y consumo de recursos, disminución de errores en la medicación, mortalidad y satisfacción tanto individual como colectiva.

TROMBOSE VENOSA PROFUNDA DE MIEMBROS SUPERIORES

Rodríguez AP, Seco E, Fernández I, Pérez V, López P, Jiménez JL, Chamorro AJ, De Isusi AM

COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE OURENSE

INTRODUCCIÓN: Na trombose venosa profunda (TVP) prodúcese unha hipercoagulabilidade debida a factores hereditarios ou adquiridos. A pesar do correcto tratamento (tt^o), o síndrome posttrombótico (SPT) segue a ser frecuente. En comparación coa TVP de membros inferiores (MMII), os doentes con TVP de MMSS son máis novos, con maior probabilidade de padecer cáncer pero con menor probabilidade de padecer outra trombofilia. A TVP de MMSS é menos frecuente, supón 11% das trombosis venosas (TV), con menos complicacións. Adoita presentarse en novos con traballos/deportes con sobre esforzo da cintura escapular pero dado o uso crecente de catéteres venosos centrais (CVC) é previsible que aumente en anos vindeiros.

OBJETIVOS: Valorar factores de risco e incidencia de do SPT.

MÉTODOS: Estudio descriptivo retrospectivo de TVP de MMSS entre 2005 e 2012. Variables: factores adquiridos permanentes (sd, antifosfolípido, insuficiencia venosa crónica (IVC), neoplasia), transitorios (inmovilización, anovulatorios, ciruxía, CVC), conxénitos (factor V Leiden, déficit antitrombina), clínica, TEP, diagnóstico, tt^o, SPT e recurrencia.

RESULTADOS: 45 casos, idade media 65,4,27 varóns (56,3%) Ingresados en Medicina Interna (MI) (17;35,4%), Oncoloxía (11;22,9%) e Hematoloxía (9;18,8%) 33 casos con va-

rias veas afectadas (70,2%) 28 TV esquerdas (59,6%) 4 iugular interna esquerda (8,5%) 3 subclavia esquerda (6,4%) 3 doentes TV idiopática (6,3%), 12 con factor de risco (25%), 33 con varios (68,8%) Neoplasia coma principal factor adquirido permanente (27;56,3%) Factor adquirido transitorio máis frecuente CVC (25;52,1%), inmovilización (15;31,3%), infección grave (6;12,5%), compresión extrínseca (6;12,5%), ciruxía previa (5;10,4%), exercicio (4;8,3%) 7 estudos de trombofilia conxénita (14,6%), 2 positivos. Edema (33;68,8%), dor (21;43,8%) circulación colateral (19;39,6%) 7 TV superficial (14,6%), 4 TVP de MMII (8,3%) Dímero-D menor de 255 ng/ml 54,2%(26) 37 doentes con eco-doppler patolóxico (77,1%), 13 TC (27,1%), 1 flebografía (2,1%) 3 TEP (6,3%) Media de estancia 21 días. 45 heparinas de baixo peso molecular (HBPM) como tt^o inicial (93,8%), 17 antivitamina K (AVK) (35,4%) Máis utilizados a longo prazo HBPM (23;47,9%), AVK (15;31,3%) sen datos no 20,8%. Sen referencias a eco-doppler ou Dímero-D aos 3-6 meses, constan 4 recurrencias. 9 casos de SPT, 7 leves.

CONCLUSIÓNS: A maioría das TV estiveron relacionadas con CVC, con escasos estudos hereditarios. A maior incidencia de TV esquerdas débese á maior lonxitude e horizontalidade do tronco braquio-cefálico e a estruturas cercanas que poden comprimir. A clínica e a proba diagnóstica principais foron similares en series previas. O tt^o a longo prazo con HBPM debeuse á alta incidencia de enfermos oncolóxicos. O seguimento foi moi irregular polo que non puídemos avaliar o SPT residual.

INFECCIÓN POR NOCARDIA. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE 6 AÑOS EN EL CHUO

López Mato P, Fernández-Regal I, Varela Fariña A, De Toro M, Chamorro AJ

COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE OURENSE (CHUO)

INTRODUCCIÓN: La nocardiosis es producida por el género *Nocardia*, bacterias aerobias grampositivas que actúan como gérmenes oportunistas. La clínica respiratoria es la más frecuente en nuestro medio, aunque puede existir afectación cutánea, endocraneal o incluso diseminada. Es más frecuente en pacientes con afectación respiratoria basal o inmunosupresión. El diagnóstico se hace por confirmación microbiológica en base a la orientación clínica. El tratamiento es con antibioterapia basada en los cultivos, aunque los abscesos cerebrales pueden necesitar drenaje quirúrgico.

OBJETIVOS: Estudiar las características epidemiológicas, clínicas, microbiológicas y terapéuticas de los pacientes ingresados en el CHUO con diagnóstico de infección por *Nocardia*.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo de los episodios de infección por *Nocardia* dentro del área del CHUO (900 camas). Los datos se obtuvieron a través de la recogida de historias entre los años 2006 y 2012. Se seleccionaron los casos en los que se confirmó la presencia microbiológica de *Nocardia* y existía una clínica compatible con dicho diagnóstico.

RESULTADOS: Se recogieron 10 casos a lo largo de estos 6 años, con edad media de 79 años siendo 80% hombres. El 80% ingresaron en Servicio de Neumología, 10% Medicina Interna y 10% Oncología. El 60% era fumador activo o tenía antecedente de tabaquismo. 1 paciente era diabético. El 80% tenía diagnóstico previo de EPOC. El 90% estaba sometido a corticoterapia habitual. Todos los pacientes presentaban clínica respiratoria, observándose en 70% casos consolidación en la radiología simple. No se documentó afectación en otras localizaciones. En 30% casos existía neoplasia pulmonar activa en el momento del ingreso. El 20% presentaban patología autoinmune. En ningún caso hubo antecedentes de tuberculosis, VIH o hepatopatía. La confirmación microbiológica se obtuvo en 80% casos de esputo, 10% BAS y 10% líquido pleural. En 50% casos sólo se determinó que el germen aislado era *Nocardia* spp, en 20% *N. caryageorgica*, 10% *N. otitidiscavarium*, 10% *N. nova* y 10% *N. farcinica*. El 40% de las muestras eran sensibles a Trimetropim- Sulfametoxazol. El 70% fueron éxitos, existiendo buena evolución en 30% casos.

CONCLUSIONES: La infección por *Nocardia* se da predominantemente en pacientes con patología respiratoria basal o en situación de inmunodepresión, bien por enfermedad asociada o secundaria a tratamiento. El tabaquismo se presenta como antecedente epidemiológico importante. En ninguna muestra se aisló *Nocardia* asteroides, especie más relacionada con patología respiratoria. Nuestras conclusiones son similares a las de otras series nacionales en lo referido a comorbilidad, si bien hubo diferencias en cuanto a clínica (no hubo afectación osteoarticular o cerebral) y microbiología (no se aisló *N. asteroides*).

MÁS ALLA DE UN SIGLO: PACIENTES MAYORES A 100 AÑOS INGRESADOS EN NUESTRO SERVICIO

González-González L, Lamas JL, Novoa L, Arca A, Rodríguez M, Alvarez Judith, De la Fuente J.

HOSPITAL PUVISA

INTRODUCCIÓN: En los últimos años se ha observado un aumento de la esperanza de vida debido fundamentalmente al desarrollo económico y social. La mejora de los servicios sanitarios probablemente también ha contribuido a este envejecimiento de la población. A principios del 2012 en Galicia había registrados 1102 personas con 100 años o más. La evolución de este grupo demográfico hace prever un crecimiento en Galicia de unos 100 centenarios nuevos cada año. La mayoría de esta población padece enfermedades crónicas e invalidantes que han determinado una creciente atención socio sanitaria en los últimos tiempos. No existen hasta el momento muchos estudios hospitalarios de estos pacientes, por lo que la siguiente revisión nos puede aportar datos que nos ayuden a una asistencia sanitaria más correcta al paciente anciano.

OBJETIVOS: Describir las características demográficas, clínicas, alteraciones cognitivas y funcionales de los pacientes con 100 años o más ingresados en nuestro servicio en los últimos 5 años así como motivo del ingreso, duración de éste y mortalidad.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se recogieron todos los pacientes con edad igual o superior a 100 años que habían ingresado en el Servicio de Medicina Interna de nuestro hospital en los últimos 5 años.

RESULTADOS: Se analizaron 31 pacientes con una edad media 101.22 años (intervalo 100-103), el 74% fueron mujeres. Solamente el 19% de los pacientes realizaban vida activa, la mayoría de sexo femenino, siendo el resto grandes dependientes. En cuanto a alteraciones neurológicas 14 pacientes (45%) padecían demencia. Revisando factores de riesgo cardiovascular, el 45% de los pacientes era hipertensos con misma incidencia en ambos sexos, solo 3 pacientes era diabéticos. Solo 13 pacientes tenían antecedentes de cardiopatía siendo la fibrilación auricular la entidad más frecuente (16%). La incidencia de EPOC era muy baja y solo existían 3 antecedentes de neoplasia (2 de ellos sin datos de recidiva y un síndrome mielodisplásico activo). Se detectó anemia durante el ingreso en 11 pacientes, 4 de ellas severas. El deterioro de la función renal fue un hallazgo frecuente con una creatinina media 1.12 (rango 1-5.6). Teniendo en cuenta el tratamiento, los pacientes recibían en domicilio una media de 4 fármacos distintos (19% recibían AAS, 35% diuréticos, 25% inhibidores de la bomba de protones). El motivo de ingreso más frecuente fue la infección respiratoria 19% y la insuficiencia cardiaca congestiva 19%, seguido de infecciones de orina, la duración media de los ingresos fue de 7.74 días, y la mortalidad fue del 48% durante su estancia respiratoria. El 80% de los fallecidos presentaba una calidad de vida muy limitada con dependencia total y deterioro cognitivo avanzado.

CONCLUSIONES: La mortalidad fue muy superior en el grupo de los grandes dependientes siendo las infecciones respiratorias y la insuficiencia cardiaca las causas más frecuentes. Casi la mitad de los pacientes fallecieron durante el ingreso.

ENFERMEDAD PULMONAR POR ASPERGILLUS Y ANTIBIOTERAPIA PREVIA

Rodríguez-Fernández S.; Balo-Araujo S.; Gayol-Fernández MC.; Naveiro-Soneira JJ.; Molinos-Castro S.; Pesqueira-Fontán PM.; Varela-García PM.; Rodríguez-Framil M.; García-Suárez MF.; Padín-Paz EM.; Díaz-Peromingo JA.; Pérez Del Molino M.; Iglesias-Gallego M

HOSPITAL DA BARBANZA, COMPLEJO HOSPITALARIO DE SANTIAGO

INTRODUCCIÓN: Existe una creciente preocupación por la infección por *Aspergillus* en pacientes con inmunodepresión no severa. Los factores de riesgo en este grupo de pacientes no son completamente superponibles a los descritos clásicamente.

OBJETIVO: Determinar si existe relación entre la antibioterapia utilizada previamente y el desarrollo de enfermedad pulmonar por *Aspergillus*.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo y analítico en el que se incluyeron todos los pacientes con aislamiento de *Aspergillus* spp en muestra respiratoria durante el período comprendido entre el 1 de Enero de 2007 al 31 de Diciembre de 2012. Se recogieron variables clínicas, antibioterapia utilizada previa al aislamiento se estratificaron los pacientes en dos categorías: colonizados y enfermos. Se consideró antibioterapia de amplio espectro aquella que incluía cobertura frente a *Pseudomonas* y SAMR. Posteriormente, se llevó a cabo un análisis estadístico bivariado.

RESULTADOS: Se incluyeron 105 pacientes (53 enfermos y 52 colonizados) que supone una incidencia de 1/100 ingresos/año en MI. La especie *Aspergillus fumigatus* fue la más frecuente, en 95 muestras (90%). La mayoría de los pacientes eran varones (63%), de edad avanzada (mediana de edad 75 años), índice de Charlson ajustado a edad de 5, con neumopatía crónica (87%) y un 95% habían tomado esteroides en los 3 meses previos (47% >700mg de Prednisona o dosis equivalente). Recibieron antibioterapia en los tres meses previos, incluyendo el ingreso, 100 pacientes (95%), siendo los más utilizados Beta-lactámicos, Quinolonas y Cotrimoxazol. Se administró antibioterapia de amplio espectro al 43% de los casos y tratamiento antifúngico en el mes previo al 31% siendo Fluconazol el más utilizado. Con respecto a los colonizados, aquellos con enfermedad pulmonar por *Aspergillus* habían recibido con mayor frecuencia antibioterapia de amplio espectro (OR 6,67; $p < 0.001$), más de 3 antibióticos (OR 4,36; $p < 0.001$) y antifúngicos previos (OR 3,22; $p 0.008$).

CONCLUSIONES: El uso de antibioterapia de amplio espectro, así como terapia previa con antibióticos y antifúngicos puede asociarse con mayor riesgo de enfermedad pulmonar por *Aspergillus*.

ANÁLISIS DE LAS TROMBOSIS DE SENOS VENOSOS CEREBRALES

Rubal Bran D, Íñiguez Vázquez I, Matesanz Fernández M, Ventura Valcárcel P, Piñeiro Fernández JC, López Reboiro ML, Rabuñal Rey R.

HULA

INTRODUCCIÓN: La trombosis de los senos venosos y venas cerebrales es un cuadro infrecuente pero potencialmente grave. Gracias al aumento de conocimientos clínicos, y a la difusión de técnicas de neuroimagen más sensibles, se diagnostica con más frecuencia. Su tratamiento de basa en la corrección de los factores precipitantes, el control de la hipertensión intracraneal y la anticoagulación.

OBJETIVO: Describir la experiencia en nuestro centro en trombosis de senos venosos cerebrales.

MÉTODO: Estudio retrospectivo de todos los casos identificados por el Servicio de codificación de nuestro hospital que tuvieran como diagnóstico principal o secundario trombosis venosa de senos cerebrales, durante el período 2008-2012, revisando la historia clínica según protocolo establecido.

RESULTADOS: Se estudiaron 14 pacientes con trombosis de senos venosos, 64.3% varones, edad media 57 (DS 15.6). Entre sus antecedentes destacaron: 21.4% tabaquismo, 14.3% ETV (enfermedad tromboembólica) previa, 7.1% tomaban anticonceptivos, 7.1% neoplasia activa en tratamiento quimioterápico. En cuanto a los factores desencadenantes, 6 pacientes presentaban patología neurológica concomitante (2 TCE, 2 intervención neuroquirúrgica y 2 infección del SNC). Se realizó estudio de hipercoagulabilidad a 5 pacientes, siendo 2 positivos (déficit de proteína C y mutación del gen de la protrombina). En ningún caso se asoció a inmovilidad, ni a enfermedad autoinmune, embarazo, síndrome mieloproliferativo o leucemia. El 71.4% recibieron tratamiento anticoagulante, el 10% de los tratados con HBPM y el 90% con Acenocumarol. La duración del tratamiento fue de 3 a 6 meses en el 50%, indefinido en el 21.4% y el 28.6% fallecieron durante el ingreso.

CONCLUSIÓN: La trombosis de senos venosos y venas cerebrales se asoció en su mayoría a manipulación neuroquirúrgica, traumatismo craneoencefálico o infección de SNC. En general el Acenocumarol es el tratamiento más utilizado, con una duración media entre 3 y 6 meses.

RIESGO DE MORTALIDAD AL AÑO DE UN ALTA HOSPITALARIA

Ríos Prego M., Alves ED., Fernández-González A., Núñez Fernández JM., García García JC., Pedrós Cuadrillero MJ., Sineiro Padín E, Anibar Luis.

COMPLEJO HOSPITALARIO DE PONTEVEDRA

INTRODUCCIÓN: El Índice Profund calcula el riesgo de mortalidad en un paciente hospitalizado al año del alta hospitalaria. Para ello, analiza las siguientes variables: edad, características clínicas (neoplasia activa, demencia, clase funcional III-IV de NYHA y/o MRC, delirio en último ingreso hospitalario, parámetros analíticos, características psicológicas-funcional-socio-familiares (índice de Barthel), cuidador o cuidadora que no sea su cónyuge, ≥ 4 ingresos hospitalarios en los últimos 12 meses, adquiriendo cada una de estas variables una puntuación, y la suma total estratifica al paciente en función del riesgo de mortalidad.

OBJETIVOS: Estudiar de la supervivencia al año del alta hospitalaria en una muestra de pacientes ingresados en una planta de Medicina Interna utilizando el Índice Profund.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se ha realizado un estudio descriptivo retrospectivo, con una muestra de 172 pacientes, ingresados en Enero del 2010 en una planta de M. Interna del Complejo Hospitalario de Pontevedra. Se recogieron todas las variables necesarias para el cálculo del Índice Profund y se clasificó a los pacientes en riesgo de mortalidad bajo (0-2 puntos), intermedio-bajo (3-6 puntos), intermedio-alto (7-10 puntos) y alto (≥ 11 puntos) y se realizó una curva de supervivencia de Kaplan-Meier a los 12 meses.

RESULTADOS: De los 172 pacientes, 26 fallecieron durante el ingreso hospitalario. Se aplicó el Índice Profund a los 146 pacientes restantes. Se clasificó el riesgo de mortalidad a los 12 meses en grupos, según la puntuación adquirida: Bajo (0-2) puntos: 0% Intermedio-bajo (3-6 puntos): 22,22% Intermedio-alto (7-10 puntos): 44,7% Alto (≥ 11 puntos): 66,6%

CONCLUSIONES: Los índices pronósticos de mortalidad, como el Profund, permiten al clínico obtener una información del paciente ingresado, que puede disminuir su preocupación ética ante posibles áreas de incertidumbre, pudiendo ser útil en la toma de decisiones como los objetivos de la atención médica, y la planificación terapéutica con el paciente y sus familias.

MENINGITIS POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS EN OURENSE. ESTUDIO RETROSPECTIVO 2006-2013.

P. Carral V, P. Carral O. S. Hernández E, R. Alvarez P, F. Regal I, L. Mato P, F. Rodríguez R, C. Fernández FJ, De Toro Santos JM

COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE OURENSE

INTRODUCCIÓN: La meningitis es una inflamación de las leptomeninges con afectación del LCR del espacio subaracnoideo. La mortalidad si no se trata es del 100%.

OBJETIVOS: Conocer las características epidemiológicas, clínicas, microbiológicas, diagnósticas y terapéuticas de la meningitis por *staphylococcus* sp. en nuestro medio.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo en el período 2006-2013 en un hospital de 900 camas. Se seleccionaron pacientes que cumplieron criterios diagnósticos de meningitis bacteriana (clínica compatible +cultivo LCR positivo o cultivo de LCR negativo (con hipoglucorraquia y/o pleocitosis neutrofilica) y hemocultivo positivo. Se clasificaron como nosocomiales (48 horas tras ingreso o primera semana tras el alta) o adquiridas en la comunidad. Se excluyeron casos sin suficiente información clínica.

RESULTADOS: Se seleccionaron 20 casos de meningitis por *staphylococcus* sp. La media de edad fue de 57.4 años. 12 varones y 8 mujeres. 9 casos fueron adquiridos en la comunidad y 11 nosocomiales. 9 casos se asociaron a inmunodepresión, 14 a cirugía, 4 espontáneos, y 2 secundarios a endocarditis de válvulas nativas. 15 casos desarrollaron

complicaciones sistémicas. 17 casos tenían TAC patológico. 15 presentaron fiebre, 10 alteraciones del nivel conciencia, 2 exantema, 1 signos meníngeos, y 1 triada clásica. 11 pacientes presentaron bioquímica de LCR compatible, 17 cultivo LCR positivo, 9 HC positivos. En 19 pacientes la causa fue monomicrobiana. Se aislaron: 7 SAMS, 1 SAMR, 10 St. Epidermidis, 1 St. Haemolyticus, 1 St. Saccharolyticus. En 17 casos se inició terapia antibiótica empírica (vancomicina, cefotaxima, ceftriaxona, cloxacilina, rifampicina y PPZ-TZB). 3 casos recibieron corticoterapia. La duración media del tratamiento fue de 21.4 días. La media de días de ingreso fue de 48 días. 10 pacientes fallecieron.

CONCLUSIONES: La meningitis por staphylococcus sp. no es una causa frecuente de meningitis; teniendo una mayor predisposición los pacientes hospitalizados y en los casos de adquisición en la comunidad como complicación a una sepsis, endocarditis o por extensión de una colección supurada intraespinal. El 60% fueron de carácter nosocomial, siendo los principales factores de riesgo, las intervenciones neuroquirúrgicas. La triada clásica fue la presentación clínica menos frecuente. En cuanto al diagnóstico el 80% presentaron cultivo LCR positivo, aislándose S. Epidermidis en primer lugar. Vancomicina y cefalosporinas se emplearon empíricamente y en uno de los casos rifampicina asociada. Las características epidemiológicas, clínicas, diagnósticas, terapéuticas y de mortalidad son similares a otras series.

TROMBOEMBOLISMO PULMONAR INCIDENTAL EN PACIENTES ONCOLÓGICOS

Gómez García S, Sousa Domínguez A, Rivera A, Martínez Vidal A, Lorenzo R, Freire M, Sopena B, Martínez-Vázquez C

XERAL DE VIGO

INTRODUCCIÓN: El tromboembolismo pulmonar (TEP) es una enfermedad infradiagnosticada debido a que en ocasiones su sintomatología es inespecífica. En pacientes sintomáticos dicho retraso diagnóstico conlleva una elevada morbi-mortalidad. Con la incorporación de TAC helicoidal emerge una nueva entidad clínica: el TEP incidental (TEPI), definido como el hallazgo casual de TEP en pacientes evaluados por otras causas. Su prevalencia se sitúa en torno al 1% en la población general. En pacientes con cáncer parece elevarse conociéndose poco sobre sus factores de riesgo, evolución y necesidad de tratamiento.

OBJETIVOS: Conocer los factores de riesgo, tratamiento, evolución de los pacientes diagnosticados de cáncer y TEPI.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se analizan los antecedentes, factores de riesgo clásico para trombosis venosa, características de la neoplasia, tratamiento y evolución de todos aquellos pacientes diagnosticados de cáncer y TEP incidental entre los años 2011 y 2012 y seguidos en la Unidad de Trombosis y Vasculitis del CHUVI.

RESULTADOS: Cuatro pacientes (3 varones) se diagnosticaron de TEPI durante el período estudiado. La edad media fue de 64 (53-75) años. Los tipos histológicos y el lugar de la neoplasia fueron los siguientes: pulmón en 2 (adenocarcinoma y microcítico), 1 melanoma infiltrativo y 1 timoma, todos en estadio avanzado. Entre los antecedentes presentaban: 3 hiperlipemia, 2 HTA, todos habían sido fumadores y 2 pacientes con sobrepeso; ninguno presentaba diabetes, antecedentes de reposo, inserción de catéter o traumatismo. Ninguno recibía tratamiento profiláctico para ETEV. No existieron alteraciones relevantes en el hemograma ni en la bioquímica. Los reactantes de fase (VSG y PCR) estaban elevados 3 de ellos. La localización del TEPI fue subsegmentaria (en 3) y segmentaria en otro, siempre en LID. En todos se realizó tratamiento con HBPM durante una media de 14.2 (7-24) meses. No existieron complicaciones relevantes (hematomas en lugar inyección en todos). Con respecto al TEPI se solucionó en todos ellos atendiendo al angioTC pulmonar de control que se realizó con una diferencia de tiempo desde el diagnóstico de 3.75 (1-8) meses.

CONCLUSIONES: En nuestra experiencia el TEPI se encontró en pacientes con neoplasia en estadio avanzado y edad avanzada lo que hace necesario replantearse la necesidad de tratamiento profiláctico para enfermedad tromboembólica venosa. Es común presentar otros factores de riesgo cardiovascular. La evolución es buena con HBPM con ausencia de complicaciones importantes durante el seguimiento.

FACTORES DE RIESGO Y AFECTACIÓN VALVULAR EN LA ENDOCARDITIS INFECCIOSA

Sanjurjo A; Paz J; Arca A; Novoa L; Sanchez P; De La Fuente J.

POVISA

INTRODUCCIÓN: En los países industrializados la endocarditis infecciosa (EI) ha sufrido cambios en su perfil epidemiológico con un descenso importante de la enfermedad valvular reumática como factor de riesgo y con un aumento, de forma paralela, de personas con valvulopatía degenerativa y dispositivos intracardiacos.

OBJETIVOS: El objetivo de este estudio es conocer la válvula más frecuentemente afectada y los factores de riesgo de la EI en nuestra área sanitaria

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó un estudio retrospectivo mediante revisión de las historias clínicas de los pacientes con EI que fueron atendidos en nuestro centro en el período comprendido entre enero de 1996 y febrero de 2013

RESULTADOS: Se incluyeron 121 casos con EI, de los cuales el 40.3% tuvo afectación de la válvula aórtica, el 35.3% mitral, el 11.8% tricuspídea y el 4.2% dispositivo intracardíaco. En el 72.6% de los casos la válvula era nativa y en el 27.4% era protésica (10.3% precoz y 17.1% tardía). La endocarditis relacionada con la atención sanitaria (ERAS) representó en

nuestra serie el 31.1%, la comunitaria el 62.9% y la asociada a drogas por vía parenteral el 6%. La cardiopatía valvular degenerativa fue el factor de riesgo cardiovascular más importante (12.7%), seguido de haber padecido EI previamente (11%) y de la cardiopatía reumática (8.5%). Las comorbilidades más frecuentes fueron: DM (23.1%), IRC (16%), hepatopatía (16%), EPOC (10.8%) y neoplasias (9.9%)

CONCLUSIONES: Los resultados obtenidos en nuestro estudio son similares a los descritos en la literatura reciente con predominancia de la valvulopatía degenerativa como factor de riesgo. Observamos un porcentaje superior al descrito en la EI sobre válvula protésica explicable porque durante unos años nuestro hospital era referencia para cirugía cardiovascular. Tanto la endocarditis relacionada con atención sanitaria, como la comunitaria, como la asociada a drogas por vía parenteral tienen una incidencia similar a la literatura.

EPOC Y ASPERGILLUS EN EL ÁREA DEL BARBANZA

Balo-Araujo S.; Naveiro-Soneira JJ.; Molinos-Castro S.; García-Suarez MF.; Rodríguez-Framil M.; Padín-Paz EM.; Varela-García PM.; Díaz-Peromingo JA.; Pérez Del Molino M.; Iglesias-Gallego M H. BARBANZA, COMPLEJO HOSPITALARIO DE SANTIAGO

INTRODUCCIÓN: El aislamiento de Aspergillus spp. en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es relativamente frecuente en nuestra práctica diaria.

OBJETIVO: Conocer las características clínicas de los pacientes con EPOC y aislamiento de Aspergillus en el esputo.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo y descriptivo de las características clínicas de los pacientes basado en la revisión de las historias clínicas durante el período comprendido entre el 1 de enero 2007 al 31 de diciembre 2012.

RESULTADOS: Se incluyeron un total de 58 pacientes de los cuales 50 eran varones (86%) con una mediana de edad de 75 años y una comorbilidad representada por un índice de Charlson medio de 2 puntos. El número de días de hospitalización y de exacerbaciones en el año previo fue de 26 días y 3 episodios respectivamente. Más de la mitad (53%) se encontraban en un estadio I-II de la clasificación GOLD, 43% fenotipo D (EPOC agudizador con bronquitis crónica). Un total de 72% de los pacientes tenían una o más agudizaciones en el último año. Hasta un 72% tenían alteración estructural pulmonar previa siendo la más frecuente las bronquiectasias. El 98% habían tomado esteroides y antibioterapia en los 3 meses previos.

CONCLUSIONES: En nuestra serie los pacientes con EPOC y aislamiento de Aspergillus suelen ser varones de edad avanzada, agudizadores frecuentes que han recibido antibioterapia previa y corticoides en el último año con elevado número de días de hospitalización y exacerbaciones en el último año.

CULTIVO DE ESPUTO EN LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA

Arca A.; Novoa L.; Rodríguez M.; Paz JM.; Sanjurjo A.; Enríquez H.; Álvarez J.; Araujo S.; De la Fuente J.

HOSPITAL POVISA

INTRODUCCIÓN: La infección respiratoria es la principal causa de exacerbación en la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y juega un papel fundamental en su evolución. Según aumenta la frecuencia de las exacerbaciones, se incrementa la mortalidad.

OBJETIVO: El objetivo del estudio es conocer las características de los pacientes ingresados con EPOC por infección respiratoria demostrada por aislamiento del microorganismo en cultivo de esputo y determinar su evolución.

MÉTODOS: Se realizó un estudio retrospectivo y descriptivo, en el cual se revisan los cultivos de esputo solicitados durante un ingreso hospitalario en pacientes con EPOC entre enero 2011 y diciembre 2012. La calidad microbiológica de los cultivos se evaluó de acuerdo con los criterios de Murray y Washington, excluyéndose los esputos no adecuados.

RESULTADOS: De los 142 cultivos de esputo solicitados, fueron positivas 73 muestras (51.4%). El 56.1% de las muestras fueron de buena calidad (tipo 4 y 5), y procedían de secreción bronquial en la mayoría de los casos, únicamente un 4.1% se obtuvieron por broncoscopia. El 5.5% de los cultivos eran en medio Löwenstein-Jensen. Un 80.8% fueron hombres con una edad media de 71.42 años y una FEV1 de 51.06 ml. Según la clasificación de la GOLD, el grado más prevalente fue el moderado (53.4%), seguido del grave (27.4%) y del muy grave (13.7%). Un 68.5% de los pacientes presentaron 3 o más exacerbaciones en el año previo. La mediana de hospitalizaciones/año previo fue de 3 (rango 0-11) y en hasta un 58.9% tuvieron 3 o más ingresos hospitalarios en los 12 meses previos. Un 47.9% de los pacientes recibieron 4 o más ciclos de tratamiento antibiótico en los 12 meses anteriores a la recogida del esputo, con una mediana de 3 ciclos/año (rango 0-10). Las familias de antibióticos más frecuentemente prescritas fueron las quinolonas (71.2%), seguidas de las cefalosporinas (63%) y los beta-lactámicos (58.9%). Hasta en un 11% los pacientes habían recibido tratamiento previo con aminoglucósidos. La mitad de los pacientes (50.7%) realizaron tratamiento con corticoides inhalados en los 12 meses previos a la recogida de la muestra y en 42.5% habían recibido corticoides sistémicos. La mediana de la estancia media hospitalaria fue de 9 días (rango: 2-97). El tratamiento pautado empíricamente fue adecuado según antibiograma en un 53.1% de los casos. La evolución más frecuente fue la curación clínica en un 32.9%, y solamente en un 2.9% se constató curación microbiológica. Un 20% de los casos presentaron una reagudización tras el ingreso y hasta en un 27.1% se observó fracaso terapéutico. La mortalidad durante el ingreso fue elevada (17.1%).

CONCLUSIONES: En los pacientes EPOC con múltiples exacerbaciones previas, varios ingresos hospitalarios, mayor grado de obstrucción bronquial y que han recibido 3 o más de ciclos de antibioterapia es importante obtener un cultivo de esputo para dirigir el tratamiento antibiótico empírico y mejorar su adecuación.

ESTUDIO DE COMORBILIDAD EN UN GRUPO DE PACIENTES CON SARCOIDOSIS

Martínez Braña L, Mateo Mosquera L, Maciá Rodríguez C, Alende Castro V, Díaz Peromingo JA, González Quintela A.

COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE SANTIAGO.

INTRODUCCIÓN: La sarcoidosis es una enfermedad crónica inflamatoria, granulomatosa y multisistémica de causa desconocida. Su expresión clínica y gravedad son variadas. Nuestro objetivo es analizar las comorbilidades asociadas a una cohorte de pacientes con sarcoidosis.

MATERIAL Y MÉTODOS: estudio descriptivo, retrospectivo, incluyendo 29 pacientes diagnosticados de sarcoidosis en el Servicio de Medicina Interna de un hospital terciario. Se recogieron variables sociodemográficas como sexo y edad, hábito tabáquico y comorbilidades incluidas en el Índice de Comorbilidad de Charlson (ICC). Se obtuvo la puntuación final de dicho índice corregida por la edad. Otras variables recogidas fueron anemia y depresión. Se realizó análisis estadístico descriptivo.

RESULTADOS: 29 pacientes con sarcoidosis, con una mediana de edad de 54 (rango 27-86) años (DS 17.4), predominando el sexo masculino (58.6%). El 20.7% eran fumadores activos y el 3.4% exfumadores. Un 20.7% de los pacientes ingerían más de 30 gramos de alcohol diarios. Un 6.8% eran diabéticos, la mitad de ellos con lesión de órgano diana. El 31% eran hipertensos y de éstos el 22.2% tenía DM. El 3.4% tenía fibrilación auricular. Un 6.9% había sufrido un ictus, ninguno con hemiplejía residual y la mitad presentaba fibrilación auricular. Ningún paciente había sufrido infarto agudo de miocardio, insuficiencia cardíaca, arteriopatía periférica o enfermedad tromboembólica. Un 3.4% tenía enfermedad coronaria. El 6.9% estaban diagnosticados de enfermedad pulmonar obstructiva crónica, ninguno de ellos era fumador. Un 13.8% presentaban una hepatopatía leve y el 75% de ellos bebían más de 30 g/día. Un 10.3% tenían enfermedad renal crónica moderada-severa y un 66.7% de éstos, tenían anemia asociada. En el total de pacientes, padecían de anemia un 10.3%. Un 3.4% tenía SIDA y conectivopatía en el 6.9% de los casos. Un 3.4% estaban diagnosticados de demencia y un 13.8% de depresión. La mediana de la puntuación del Charlson fue de 1 (DS 2.23), predominando el índice Charlson de 0 en casi el 40% de los pacientes; un 82% de los pacientes tenía el índice entre 0 y 2.

CONCLUSIONES: Los pacientes incluidos en nuestra serie son predominantemente hombres con una mediana de edad relativamente joven (54 años). Los hábitos tóxicos, tabaco y alcohol están presentes en 1 de cada 5 pacientes. Las comorbilidades más frecuentes observadas fueron hipertensión arterial, diabetes mellitus, enfermedad renal crónica, hepatopatía leve y patología cerebrovascular. En general, el grado de comorbilidad asociada a la sarcoidosis es bajo con un 82% de los pacientes con un índice de 0-2. Destacar que casi un 14% tenían depresión y un 10% anemia asociadas.

SHEWANELLA PUTREFACIENS: ¿UN PATÓGENO EMERGENTE?

González Vázquez L, Bermúdez Sanjurjo JR, Durán Muñoz O, Marioni Otero B, Arca Blanco A, Valle Feijoo L, Fernández Soneira MJ (1), De la Fuente Aguado J.

HOSPITAL POVISA

INTRODUCCIÓN: El género *Shewanella* está constituido por unas 30 especies de las que *S. putrefaciens* y *S. algae* pueden ser patógenas para el hombre. *S. putrefaciens* un bacilo gram negativo cuyo hábitat está constituido principalmente por reservorios acuáticos, reservas energéticas naturales y productos animales. Se ha asociado con un amplio espectro de infecciones en humanos, especialmente de piel y tejidos blandos, siendo más frecuente en aquellos que presentan úlceras crónicas de extremidades inferiores.

OBJETIVOS: describir todos los casos de aislamientos microbiológicos de *Shewanella* spp ocurridos los últimos 10 años en nuestro hospital, la patología que produjeron, las características de los pacientes y su evolución.

MATERIAL Y MÉTODOS: revisión de las historias clínicas de todos los pacientes con aislamiento de *Shewanella* en alguna muestra microbiológica. Se analizan características epidemiológicas, antecedentes médicos, manifestaciones clínicas, muestra en la que se efectuó el aislamiento, el tipo de *Shewanella*, patrón de resistencias antibióticas, tratamiento y evolución.

RESULTADOS: se detectaron 4 casos de aislamiento de *Shewanella* en los últimos 10 años, todos en diciembre del 2012, correspondiendo todos ellos a *S. Putrefaciens* todos ellos. Los cuatro fueron varones con una edad media de 70 años (50-87). Todos vivían en zona de costa (tres del mismo ayuntamiento), pero no referían contacto con medio acuático reciente. Entre sus antecedentes personales, tres eran hipertensos, dos EPOC, dos con FA y diabetes mellitus tipo 2, uno presentaba insuficiencia renal crónica y otro estaba esplenectomizado. Además, tres presentaban lesiones cutáneas (dos úlceras vasculares en seguimiento por cirugía plástica y uno había presentado una herida incisa recientemente). Los síndromes clínicos fueron: infección de piel y partes blandas en 3 pacientes (2 con bacteriemia y sepsis) y uno presentó infección respiratoria no neumónica. Las muestras en que se aisló *Shewanella* fueron: dos en hemocultivos, uno en exudado de herida y uno

en esputo. Todas fueron sensibles a cefalosporinas de tercera generación, quinolonas y carbapenemes. Los cuatro fueron tratados con quinolonas, y un paciente precisó cambio antibiótico a carbapenem por persistencia de picos febriles y mala evolución clínica. Con respecto a la evolución, en tres se resolvió el cuadro, y un paciente falleció un mes después de la infección por insuficiencia renal agudizada con edema pulmonar

CONCLUSIONES: en nuestra experiencia, la infección por *Shewanella* es poco frecuente y se asoció más frecuentemente con infección de piel y partes blandas, presentando en la mitad de los casos bacteriemia y datos de afectación sistémica grave. Aunque la infección por este germen se asocia con contacto acuático, ninguno de nuestros pacientes presentaba este antecedente.

HIDATIDOSIS EN UN ÁREA SANITARIA DE VIGO

Valle Feijoo L, Arca Blanco A, González Vázquez L, Fernández Fernández F, Bermúdez Sanjurjo JR., De la Fuente Aguado J.

POVISA

INTRODUCCIÓN: La hidatidosis o equinococosis es una zoonosis "cosmopolita", ampliamente distribuida por el mundo y ocasionada por las fases larvarias quísticas de diferentes especies de cestodos que pertenecen al género *Echinococcus*. Los huéspedes definitivos (cánidos, hiénidos y félidos) son portadores de los cestodos adultos, en forma subclínica y los huéspedes intermedios (ganado y humanos) son inicialmente asintomáticos. En el adulto, la localización más frecuente es hígado (60-70%), seguido de pulmón (15-25%). Otras localizaciones menos frecuentes son cerebro, riñón, hueso e incluso músculo, dando lugar a múltiples formas de presentación clínica.

OBJETIVOS: Describir el perfil de manifestaciones clínicas, localización de los quistes, técnicas diagnósticas empleadas y tratamiento realizado en los pacientes ingresados por hidatidosis.

MATERIAL Y MÉTODO: Se realiza un estudio retrospectivo, descriptivo de los casos equinococosis ingresados durante los últimos 10 años en el Hospital Povisa de Vigo.

RESULTADOS: Cuatro pacientes fueron ingresados desde 2003 a 2013 en el contexto clínico de equinococosis, 3 del sexo femenino y 1 del sexo masculino. La edad media de los pacientes fue de 64 años (rango: 53-73 años). Dos pacientes ya habían sido intervenidos de quiste hidatídico con anterioridad. El motivo de ingreso en todos los casos fue por complicaciones características del quiste hidatídico: 3 por compresión y desplazamiento de estructuras próximas ocasionando dolor abdominal (2) y pancreatitis alitiásica por dilatación de la vía biliar (1) y en un caso por sobreinfección bacteriana. En tres pacientes la afectación era exclusivamente hepática y en el último paciente hepato-renal. Los quistes hidatídicos estaban localizados en: lóbulo hepático derecho (1 caso), lóbulo izquierdo (1 caso) y afectaban ambos lóbulos hepáticos en los otros dos casos. Un 50% de los pacientes presentaron un quiste único. Los métodos diagnósticos empleados fueron en todos los casos ecografía y TAC abdominal y en un 50% de los casos se efectuaron técnicas serológicas que fueron positivas. Analíticamente 1 paciente presentó trombocitopenia y otro alteraciones de la función hepática. Tres pacientes fueron sometidos a cirugía convencional y tratamiento con antihelmínticos. Un paciente falleció en el postoperatorio tardío, en el contexto de sepsis.

CONCLUSIONES: La hidatidosis sigue siendo un problema de salud vigente en nuestra área sanitaria. El diagnóstico se suele relacionar con un hallazgo incidental o por complicaciones como compresión de estructuras o sobreinfección.

COMPLICACIONES HEMORRÁGICAS DEL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE

Rodríguez Arias M, Puerta Louro RB, Fernández Fernández FJ, González Vázquez L, Lamas Ferreiro JL, Paz Ferrín JM, Enríquez Gómez H, Novoa Lamazares L, De la Fuente Aguado J
POVISA, VIGO.

INTRODUCCIÓN: La utilización de anticoagulantes dan lugar a aparición de eventos adversos, así como muertes relacionado con su uso. El riesgo de sangrado está relacionado con el grado de anticoagulación, así como la presencia de factores de riesgo pre-existentes para el sangrado.

OBJETIVO: Identificar en nuestro centro la presencia de complicaciones hemorrágicas relacionadas con el uso de anticoagulantes.

MATERIALES Y MÉTODO: Realizamos un análisis retrospectivo de todos los pacientes ingresados en nuestro hospital desde el 1 de enero al 31 de diciembre del año 20011, entre cuyos diagnósticos incluyan efecto adverso anticoagulante, además de identificar los eventos hemorrágicos cerebrales que recibían tratamiento anticoagulante. Recogimos la edad, sexo, si fallecían, factores de riesgo de embolismo (CHA2DS2-VASc), riesgo de hemorragia (HAS-BLED), otras comorbilidades, tipo de evento hemorrágico y si existía sobrecoagulación.

RESULTADOS: Identificamos 53 complicaciones hemorrágicas de 114 eventos adversos (que incluyen sobrecoagulación); edad media de 80 años, 55% varones. Fueron exitus 8 casos (15%). Los factores de riesgo de embolismo y de sangrado que estaban presentes: insuficiencia cardíaca 41,5%, HTA 72%, ≥ 75 años 85%, Diabetes Mellitus 32%, Ictus previo 21%, edad 65-74 años 7,5%, arteriopatía periférica 49%, 45% mujeres, insuficiencia renal 49%, consumo de alcohol 10%, clopidogrel 4%, ácido acetil salicílico (AAS) 8%. Esto condicionaba que los valores de CHA2DS2-VASc fueran ≥ 2 98% (2% 0, 6% 2, 18% 3, 27% 4, 27% 5, 6% 6, 10% 7 y 4% 9) y de HAS-BLED ≥ 3 54% (1 16%, 2 30%,

3 33% 4 21%). Otras comorbilidades presentes: cardiopatía isquémica 15%, fibrilación auricular 83%, EPOC 17%, dislipemia 32%, anemia 72%, valvulopatía 27%, antecedente de neoplasia 23%. Los anticoagulantes responsables de los eventos fueron: 2% heparinas de bajo peso molecular, 4% dabigatran y 94% acenocumarol. Al alta un 2% recibieron clopidogrel, 12% AAS, anticoagulantes orales 32%, heparinas de bajo peso 49%. Los origen de los eventos hemorrágicos fueron 19% gástrico, 19% intestinal, 17% cerebrales, 13% pulmonar, 11% genitourinario, 11% muscular-piel, 6% origen ORL y 4% otros. Tenía sobrecoagulación un 83,5%, infracoagulación un 4%, y en rango correcto un 12,5%.

COMENTARIO: Los pacientes anticoagulados presentan múltiples factores de riesgo de embolismo y de sangrado. Cuando se presentan eventos hemorrágicos es muy frecuente la sobrecoagulación. Aparecen como responsables de eventos, además de los antivitaminas K, la heparina de bajo peso molecular así como desde su reciente introducción los nuevos anticoagulantes como dabigatran.

INCUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO A ANÁLOGOS DE GLP 1 ¿INTOLERANCIA A EFECTOS ADVERSOS O MALA ADHERENCIA?

Ríos Prego M., Sánchez Sobrino Paula, Alves ED, Viejo Rodríguez MA., Alonso Troncoso Isabel
COMPLEJO HOSPITALARIO DE PONTEVEDRA

INTRODUCCIÓN: La adherencia al tratamiento es el grado en que los individuos toman correctamente la medicación para. obtener conocidos beneficios para la salud. Dicha adherencia está relacionada con factores como el régimen de tratamiento, características de la enfermedad, relación médico-paciente, vía de administración del fármaco, la falta de adherencia inconsciente (atribuida a la falta de memoria). Los análogos de GLP 1 son fármacos inyectables, cuyos efectos adversos más frecuentes son las náuseas y los vómitos, siendo las principales causas del abandono de la terapia por intolerancia

OBJETIVOS: El estudio de las principales causas de incumplimiento terapéutico en pacientes tratados con análogos de GLP1.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se a realizado un estudio descriptivo retrospectivo, con una muestra de 124 pacientes seguidos en consultas externas del Servicio de Endocrinología del Complejo Hospitalario de Pontevedra, tratados con análogos de GPL 1. Se ha seguido su evolución clínica, y se clasificó a los pacientes en cumplidores del tratamiento, abandonos del seguimiento, suspensión por efectos adversos o mala adherencia al tratamiento.

RESULTADOS: De los 124 casos se ha observado que: 85 completan el tratamiento. 8 (6,4%) abandonos en el seguimiento. 6 (4,8%) suspensiones por intolerancia. 25 (20,1%) malas adherencias. De los 25 casos de mala adherencia se han dividido según hayan recogido más o menos del 50 % de las recetas. Se observado que: 4 pacientes recogen más del 50% de las recetas (16%). 21 pacientes recogen menos del 50% de las recetas (84%) y sólo dos de ellos reconocen la mala adherencia.

CONCLUSIONES: Un 31,3% de los pacientes del estudio presentan incumplimiento terapéutico, siendo más frecuente la mala adherencia (20,1%) que la intolerancia medicamentosa (4,8%). De los pacientes con mala adherencia, el 84% recogen en la farmacia menos del 50% de las recetas

LACOSAMIDA EN ESTATUS EPILÉPTICO

Álvarez J, Pato A, Lorenzo JR, López M, Cimas I, De la Fuente J
POVISA

INTRODUCCIÓN: El estatus epiléptico es una emergencia médica que requiere tratamiento intensivo.

OBJETIVOS: Determinar la utilidad de la lacosamida en pacientes con estatus epiléptico.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se estudiaron 15 paciente con media de edad de 64,9 años (40-90), 10 de ellos con epilepsia preexistente y 5 con proceso agudo sintomático. Trece pacientes presentaron estado epiléptico y 2 crisis en acúmulos. De aquellos que presentaron estado epiléptico, en 5 casos fue de tipo convulsivo, 4 no convulsivo y 4 focal. El fármaco se utilizó en dosis de 200 mg/12 horas. En 9 casos fue el tercer FAE y en 6 fue el cuarto FAE.

RESULTADOS: La lacosamida fue eficaz en 9 pacientes (60%); en el caso de cuadro convulsivo (5 pacientes) fue eficaz en el 40%; cuadro no convulsivo (4 pacientes) fue eficaz n el 50%; focal (4 pacientes fue eficaz en 75%; en las crisis en acúmulos (2 paciente) fue eficaz en el 100%. Hubo 4 éxitos por complicaciones del estatus y 2 pacientes (13.3%) presentaron como efecto adverso somnolencia. Fue eficaz como 3 FAE en 7 pacientes (77.7%) y como 4 FAE en 2 paciente (33.3%).

CONCLUSIONES: La lacosamida es un fármaco a tener en cuenta en el tratamiento del estatus epiléptico.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN MEDICINA INTERNA DEL CHOP

Alves ED., Ríos Prego M., Brea-Aparicio R., Núñez Fernández JM., García García JC., Pedrós Cuadrillero MJ., Sineiro Padín E, Anibarro Luis
COMPLEJO HOSPITALARIO DE PONTEVEDRA

Los avances de la medicina han llevado a que los pacientes con enfermedades crónicas tengan mayor supervivencia. Esto supone mayor número de ingresos en los servicios de Medicina Interna de pacientes con edad avanzada y pluripatología.

OBJETIVO: Conocer con exactitud las características clínicas de los pacientes ingresados en una planta de Medicina Interna.

MATERIAL Y MÉTODOS: A través de los informes de alta hospitalaria, se realizó una revisión descriptiva retrospectiva de una cohorte de pacientes que ingresaron en Enero del año 2010 en una de las plantas de Medicina Interna del Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra (Hospital Provincial).

RESULTADOS: Muestra de 172 pacientes, el 47,6% \geq 85 años. El 55,8% son mujeres y el 44,2% varones. Muerte hospitalaria 26 pacientes con estancia media de 9,15 días. Altas a domicilio 146 pacientes con estancia media de 13,7 días. El 73% de los pacientes padecen demencia. El 57% están polimedicados (5 fármacos o más). En los referente a las hospitalizaciones en los 12 meses previos, 137 pacientes lo estuvieron en 0-1 ocasiones y 35 pacientes estuvieron hospitalizados en 2 o más veces. Del total de pacientes, 117 acudieron a Urgencias en los 12 meses previos en 0-1 ocasiones y 52 en 2 veces o más.

CONCLUSIONES: Los pacientes en torno a la mitad tienen \geq 85 años, ingresan más frecuente mente mujeres, sin demencia y polimedicados, la mayoría acudió más de una vez a Urgencias en el año previo pero no estuvo ingresado más de 4 veces.

DETERMINAR LA IMPORTANCIA DEL RIESGO VASCULAR EN NUESTRAS CONSULTAS EXTERNAS

Lopez Mourinho VM, Martínez Velado E, Monteagudo Sanchez B, Alvarez Asensio E, Fariña Sarasqueta S, Justo Firvida E, Boado Martínez M, Otero Alvarin E
HOSPITAL COMARCAL DE MONFORTE

INTRODUCCIÓN: Analizamos la población de nuestra consulta para ver en la misma la prevalencia de los Factores de Riesgo Vascular

OBJETIVOS: Determinar la importancia del Riesgo Vascular en nuestras Consultas Externas

MATERIAL Y MÉTODO: se escoge una muestra representativa de los pacientes citados en consulta a lo largo de 2012, seleccionando para ello a los pacientes citados en martes desde el 1 de enero al 31 de diciembre. Los pacientes que cumplían dicha característica son 330. Se recogieron los siguientes ítems: motivo de derivación, y procedencia

RESULTADOS: 1. Número total de pacientes 330 pacientes. 2. Respecto a la procedencia de los pacientes: i. Atención Primaria : 205 pacientes : (62,12 %), ii. Urgencias: 42 pacientes (12,72 %), iii. Planta-Hospital 36: pacientes: (10,91 %), iv. Otros: 47 pacientes: (14,25 %)

3. Motivos de Derivación:

a. Anemia	9	2,72 %	j. Sincope	9	2,72 %
b. Patología tiroidea.....	45	13,63 %	k. Fiebre	5	1,51 %
c. Sd Constitucional	20	6,06 %	l. Demencia	10	3,03 %
d. Riesgo Vascular-DM (no HTA).....	32	9,69 %	m. Disnea	14	4,24 %
e. Hipertensión Arterial.....	25	7,57 %	n. Uveítis	3	0,9 %
f. Patología hepática.....	9	2,72 %	o. Cefalea	3	0,9 %
g. Patología renal.....	50	15,15 %	p. Acuden sin volante	5	1,51 %
h. Patología cardíaca.....	13	3,93 %	q. Otros	60	18,27 %
i. Patología cerebrovascular.....	18	5,45 %			

CONCLUSIONES: 1. Los motivos de derivación son muy variados, siendo el más frecuente la patología renal con un 15,15 % (nuestro centro no dispone de la Especialidad de Nefrología), patología tiroidea 13,63 % (nuestro centro solo dispone de un Endocrinólogo), la Diabetes mellitus (y otros factores de riesgo cardiovascular distintos de la Hipertensión: Dislipemia, Obesidad, ...) es el tercer motivo de consulta más frecuente con un 9,69 %, y siendo la Hipertensión Arterial como tal el cuarto motivo de consulta más frecuente con un 7,57 %. 2. Sumando la Hipertensión y los otros factores de riesgo vascular sería un total de 17,26 %, lo que constituiría el principal motivo de derivación a nuestra consulta, si además le sumamos que detrás de la patología renal (15,15 % Insuficiencia Renal), Cardíaca (, 93 % Insuficiencia Cardíaca) y Cerebrovascular (5,45 % Accidentes Cerebro Vasculares), está la lesión de órganos diana por los factores de riesgo vascular (Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitas, Dislipemia, ...) incrementaría el peso del riesgo vascular en nuestra consulta un 24,53 %, lo cual unido al 17,26 % de los pacientes arriba citados que son directamente derivados por su riesgo vascular suman el 41,79 %, lo cual demuestra la importancia de los factores de Riesgo Vascular en las consultas de Medicina Interna en nuestro centro

CLÍNICA FRECUENTE, DIAGNÓSTICO RADIOLÓGICO CONCLUYENTE

Silva Penas M., Suárez Fuentetaja R., Vázquez Vigo R., Gómez Dovigo A., Martínez Quintanilla M., Iglesias Olleros A., Juega Puig J.

CHUAC

INTRODUCCIÓN: El 85 % de los tumores retroperitoneales son malignos. Aunque representan menos del 1 % de todas las neoplasias, debe tenerse en consideración el liposarcoma, ya que es el tumor más frecuente en esta localización y el primero dentro de los sarcomas de partes blandas.

OBJETIVOS Y MÉTODOS: Descripción de un caso clínico y revisión de la literatura al respecto.

RESULTADOS: Se presenta el caso de una mujer de 78 años sin antecedentes personales relevantes que consulta por aumento progresivo del perímetro abdominal en los últimos 3

meses acompañado de astenia y pérdida de peso de unos diez kilogramos. En la exploración física destaca la palpación de una gran masa abdominal que ocupa todo el hemiabdomen izquierdo y parte del derecho, de consistencia dura y no dolorosa. En la analítica no existe ningún dato llamativo salvo una anemia normocítica normocrómica. Se realiza un TC de abdomen que pone de manifiesto una enorme tumoración de 35x23x17 cm, constituida por componentes de tejido graso, con origen en la grasa del espacio pararenal anterior, mesenterio o ligamento gastrocólico (imagen 1). Se trata de un tumor bien encapsulado que desplaza pero no infiltra los órganos de la vecindad y que sugiere liposarcoma. La paciente es trasladada al servicio de Cirugía General que realiza una resección completa de la masa abdominal. A nivel macroscópico, dicha masa alcanza un tamaño similar al descrito en los estudios radiológicos y pesa unos 9 kg (imagen 2). Los resultados anatomopatológicos confirmaron el diagnóstico de liposarcoma mixoide bien diferenciado. En la actualidad, tres meses más tarde de la cirugía, la paciente se encuentra en seguimiento por el servicio de Oncología y hasta la fecha libre de enfermedad. El liposarcoma suele ser un tumor localmente agresivo pudiendo alcanzar grandes dimensiones antes de llegar a su diagnóstico. Esto se debe fundamentalmente a que se manifiesta con síntomas muy poco específicos como aumento del perímetro abdominal, masa palpable, adelgazamiento o dolor abdominal difuso. La base del tratamiento para el control de la enfermedad, es la resección quirúrgica completa y aunque no suele metastatizar, sí tiene una alta tendencia a la recurrencia por lo que debe hacerse un seguimiento estricto clínico y radiológico.

CONCLUSIONES: El liposarcoma es un tumor que por su localización tiene muy poca expresividad clínica, pudiendo llegar a alcanzar grandes proporciones. Generalmente la exploración abdominal es la clave para el inicio del proceso diagnóstico.

SÍNDROME "DROPPED-HEAD" COMO FENÓMENO PARANEOPLÁSICO DE CARCINOMA MEDULAR DE TIROIDES

Sousa Domínguez A, Freire M, Martínez Vidal A, Villaverde I, Lorenzo R, Rivera A, Sopena B, Martínez-Vázquez C

XERAL DE VIGO

INTRODUCCIÓN: En el diagnóstico diferencial de la hiperreflexia cervical tenemos que tener en cuenta si ésta corrige o no con el decúbito. Si persiste a pesar del cambio de posición las causas serán entidades relacionadas con patología estructural de la columna vertebral (espondilitis anquilopoyética, post-laminectomía o post-traumática). Sin embargo, en un raro grupo de casos la cifosis no es fija, y por lo tanto la causa subyacente no será estructural ósea, sino un problema neuromuscular englobado en el síndrome de cabeza caída (Dropped-Head Syndrome DHS).

OBJETIVO: Dar a conocer el DHS y la relevancia de su diagnóstico diferencial.

MATERIAL Y MÉTODOS: Descripción clínica de un caso de DHS y revisión de la literatura.

RESULTADOS: Se trata de un varón de 81 años con antecedentes de hipertensión arterial, dislipemia, hepatopatía crónica alcohólica Child A6 y EPOC grado moderado (GOLD), que consultó por pérdida de peso involuntaria de 10 kg, anorexia y astenia intensa en los últimos 4 meses. En la exploración física sólo destacaba una adenopatía submandibular izquierda, centimétrica, no dolorosa, adherida a planos profundos, y una cifosis cervico-dorsal marcada con "cabeza caída", que corregía completamente al adoptar el decúbito supino. Interrogado sobre este último signo, describía su aparición progresiva durante el último año. Se observó además una debilidad muscular proximal 3/5 en las cuatro extremidades y una hiporreflexia simétrica generalizada. La ecografía de cuello mostró hallazgos sugestivos de carcinoma tiroideo con adenopatías metastásicas izquierdas y la biopsia percutánea fue diagnóstica para carcinoma medular. El estudio electroneuromiográfico objetivó un patrón miopático claro en todos los músculos explorados sin otros hallazgos. Se realizó un estudio dirigido a descartar las causas habituales de miopatía siendo negativo (autoinmunidad completa, enzimas musculares y alteraciones electrolíticas). Las hormonas tiroideas estaban en rango normal. La biopsia muscular está pendiente ya que se realizará sobre la musculatura cervical durante la cirugía. Dado el contexto clínico la etiología más probable del caso descrito es la paraneoplásica. Revisando la literatura, el DHS se asocia a enfermedades neuromusculares o miopatías inflamatorias en la mayoría de los casos, si bien dentro del diagnóstico diferencial se han de incluir entre otras el hipotiroidismo, efectos secundarios de fármacos o excepcionalmente neoplasias subyacentes. Si bien no existe evidencia clara del tratamiento óptimo la mayoría de los autores recomiendan medidas fisioterapéuticas y posturales, dejando la cirugía correctiva con fijación como una segunda opción.

CONCLUSIONES: Ante todo paciente con hiperreflexia debemos valorar si ésta es o no fija, dado que varía enormemente su diagnóstico diferencial. Cuando la hiperreflexia corrige con el decúbito supino estamos ante un Síndrome Dropped-Head, lo cual orienta fundamentalmente hacia patología neuromuscular subyacente.

SÍNDROME CORONARIO AGUDO EN CONTEXTO DE INTOXICACIÓN POR MONÓXIDO DE CARBONO

Ferreira-González L, Trígás-Ferrín M, Pastor-Rubín de Celis E, Sesma-Sánchez P.

HOSPITAL ARQUITECTO MARCOIDE. ÁREA SANITARIA DE FERROL.

1. El CO es un gas incoloro, inodoro y no irritante que se produce por combustión incompleta de hidrocarburos. Debido a sus características y a lo inespecífico de la presentación en la intoxicación, su incidencia está subestimada.

2. A propósito de un caso de SCA en contexto de intoxicación por CO, revisamos los casos de intoxicación ingresados entre 1/2007-12/2012.

3. La identificación se realizó a través de codificación y las HC se revisaron mediante IANUS.

4. Un varón de 33 años es encontrado cerca de una estufa de gas con bajo nivel de conciencia, mordedura de lengua y relajación de esfínteres. El examen físico resulta normal y en la analítica destaca creatinina 1,5, CPK 5875 y Tn T 198. Se confirma intoxicación por CO con valor de COHb de 14,4%. El ECG muestra taquicardia sinusal con repolarización precoz y el TC craneal es normal. Tratado con O₂ hiperbárico a 2,8 ATA durante 136 minutos, sale de la cámara asintomático y con COHb de 0%. Alcanza pico de Tn T de 1354. La ecocardiografía no mostró alteraciones de la contractilidad.

Entre 1/2007-12/2012 ingresaron en el HAM con diagnóstico de intoxicación por CO 16 pacientes. El 56,25% fueron varones y 75% adultos con una edad media de 56,8 años. La causa de la intoxicación fue accidental en el 50%: 3 casos por humo de incendio, 3 casos por mala combustión de un calentador, 1 caso por mala combustión de un brasero y 1 caso por mala combustión de un sistema de buceo. En los casos de intoxicación con intención autolítica (n=4) la edad media fue menor, 39,5 años frente a 65,5 años en el resto. El 25% procedían de otras áreas sanitarias y se derivaron para tratamiento con O₂ hiperbárico. El 43,75% se presentaron con alteración del nivel de conciencia pero solo hubo un caso de SNT. Hubo otro caso de SCA en un varón de 75 años con enfermedad coronaria no revascularizable ya conocida. El 37,5% recibieron O₂ hiperbárico. La mortalidad fue del 12,5%, aunque se perdió el seguimiento de 3 pacientes que se trasladaron a su área de referencia.

5. La intoxicación por CO es la intoxicación por gases más frecuente. El daño miocárdico se asocia con aumento de la mortalidad y es común en intoxicaciones moderadas-graves, encontrándose elevación de marcadores o alteraciones ECG hasta en 1/3. Las alteraciones ECG más frecuentes son taquicardia sinusal y cambios inespecíficos del ST. Se han descrito dos patrones: pacientes jóvenes con pocos FR, intoxicación severa y disfunción ventricular transitoria y pacientes de edad avanzada con FR y alteraciones segmentarias de la contractilidad, en los que la intoxicación desenmascara una enfermedad coronaria subyacente. Debemos mantener un alto índice de sospecha e incluir la intoxicación por CO en el diagnóstico diferencial de alteración del nivel de conciencia e isquemia cardíaca. En estos pacientes se recomienda investigar la presencia de daño miocárdico mediante determinación de marcadores y realización de ECG y considerar el tratamiento con O₂ hiperbárico.

PELIOSIS HEPATO-ESPLÉNICA EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE (ENFERMEDAD POR ARAÑAZO DE GATO)

Seco Hernández E, López Mato P, Fernández Regal I, Pérez Carral V, Álvarez Rodríguez P, Díaz López MD, Chamorro A, De Toro Santos M.

C.H.U. DE OURENSE

CASO CLÍNICO: Paciente mujer de 60 años con síndrome febril de 2 meses, sudoración y dolor en fosa renal izquierda. En la exploración: febril, sin adenopatías, auscultación cardiopulmonar normal y abdomen con puñopercusión renal izquierda positiva. No presentaba lesiones cutáneas ni estigmas de endocarditis. En la analítica: neutrofilia, con elevación de RFA (PCR 4,3 mg/dl y VSG 100 mm). Sedimento de orina normal. Se extrajeron hemocultivos y urocultivo que fueron negativos y se inició tratamiento con amoxicilina-clavulánico por sospecha de pielonefritis aguda. En la ecografía abdómino-pélvica describen varias lesiones esplénicas sugestivas de microabscesos y/o infartos sépticos. El Mantoux fue negativo. Se solicitaron serologías para VHB, VHC, VIH, lúes, CMV, VEB, Toxoplasma, Entamoeba histolytica, Equinococo y Bartonella. Se realizó ETT y ETE, descartando endocarditis y se completó el estudio con TAC abdominal que evidenció múltiples lesiones hipodensas en hígado y bazo, con realce periférico y centro más hipodenso en el TAC con contraste, sin adenopatías superiores al centímetro. La paciente presentaba un antecedente de arañazo de gato en 2006, y contaba exposición a gatos callejeros accidentados. La serología de Bartonella henselae fue positiva, con título IgG de 1/32.768. Se inició tratamiento con doxiciclina 100 mg/12horas vía oral con remisión de la fiebre y mejoría clínica, así como disminución de los RFA.

DISCUSIÓN: La peliosis hepática (y/o esplénica) es una entidad poco frecuente que consiste en la presencia de quistes con contenido sanguinolento. Se relaciona con situaciones de inmunosupresión (con mayor frecuencia en VIH y trasplante de órgano sólido), y otras como la TB, enfermedades hematológicas (anemia aplásica, linfoma o histiocitosis maligna); asociada a fármacos (corticoides, azatioprina o andrógenos), enfermedades autoinmunes (LES, AR), neoplasias o infecciones bacterianas (Bartonella henselae y quintana). La mayoría de los pacientes están asintomáticos (hallazgo incidental). Algunos pueden presentar fiebre, ictericia, dolor abdominal, hepatomegalia o signos de hipertensión portal. En pacientes de edad avanzada (≥ 60 años) puede presentarse de forma atípica como endocarditis, encefalitis o fiebre de origen desconocido. En niños es frecuente la presentación con una adenopatía en la zona de inoculación. Nuestra paciente presentaba antecedente de arañazo de gato, por lo que se sospechó infección por Bartonella henselae, que se confirmó con una serología positiva y hallazgos sugestivos en las pruebas de imagen. El diagnóstico se realiza con clínica y epidemiología compatibles, una serología positiva (título de IgG > 1/256) y la demostración de cavidades quísticas en hígado y/o bazo. No siempre es necesario el diagnóstico histológico. El tratamiento de la forma bacilar (por Bartonella henselae) consiste en la administración de eritromicina 500 mg/6h vo ó doxiciclina 100 mg/12h vo durante al menos 4 meses.

DIAGNÓSTICO DE POLIANGEÍTIS MICROSCÓPICA DURANTE EL EMBARAZO

Lijó Carballada C, Gómez Buela I, García Alén D, Caínzos Romero T, Sánchez Trigo S, Fernández Bouza E, Mella Pérez C, Barbagelata López C, Arrojo Alonso F, Vilarinho Maneiro L, Sardina Ferreiro R, Sesma Sánchez P

COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE FERROL

INTRODUCCIÓN: La Poliangeítis Microscópica (PAM) es una vasculitis sistémica necrotizante asociada a ANCA que afecta a vasos de pequeño y mediano calibre. La afectación renal por una glomerulonefritis necrosante y focal paucimmune ocurre en la práctica totalidad de los pacientes con PAM. El debut de la enfermedad durante el embarazo es poco frecuente, con escasos datos en la literatura.

OBJETIVO: Reseñar la importancia del diagnóstico diferencial precoz de la insuficiencia renal durante la gestación mediante la descripción de un caso clínico y revisión de la literatura.

CASO CLÍNICO: Presentamos un caso de una paciente de 30 años, embarazada de 36 semanas, que ingresó en Ginecología por sospecha de preeclampsia. Presentaba tensión arterial elevada (140/90 mmHg), insuficiencia renal (Creatinina 1,89 mg/dl), proteinuria en rango nefrótico (3,8g/24h), microhematuria y anemia. Se realizó una ecografía abdominal que descartó uropatía obstructiva. Se solicitó estudio de autoinmunidad con positividad para ANCA-MPO (62). Ante la persistencia del deterioro de la función renal y de la bradicardia fetal detectada en los controles, se decidió inducir el parto, sin mejoría del filtrado glomerular. Se realizó una biopsia renal, que mostró datos de glomerulonefritis extracapilar y vasculitis. Se inició tratamiento con bolus de Metilprednisolona, seguido de 6 pulsos de Ciclofosfamida. Tras completar tratamiento la paciente mantiene en el momento actual una Enfermedad Renal Crónica (ERC) estadio 4 con Creatinina de 2,2 mg/dl y proteinuria de 1,4 g/24 h. El neonato presentaba alteración de la función renal, con una Creatinina 2,02 mg/dl, que se recuperó a las 48 horas del nacimiento, y positividad para ANCA-MPO (34), que se negativizaron a los 6 meses de vida.

CONCLUSIONES: La PAM es una enfermedad rara, de diagnóstico poco habitual durante el periodo gestacional. El desarrollo de insuficiencia renal y proteinuria durante el embarazo obliga a descartar, además de la preeclampsia, otras patologías menos frecuentes. El diagnóstico precoz es fundamental para iniciar una correcta terapia de inducción a la remisión de la enfermedad y la consiguiente estabilización de la función renal.

RABDOMIÓLISIS POR SPINNING

Álvarez-Buylla M., Virgós A., Clavero E. Moreno JA. (Adjunto), Juega J. (Jefe de Servicio)

COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE A CORUÑA

INTRODUCCIÓN: La rabdomiólisis es un síndrome caracterizado por destrucción de fibras musculares estriadas, en la que se produce liberación de sustancias intracelulares al torrente sanguíneo produciendo daño hepático, cardíaco, renal e incluso la muerte. En este artículo, expondremos dos casos clínicos, en donde la causa de rabdomiólisis fue la realización de ejercicio aeróbico intenso conocido como spinning, una clase motivacional sobre bicicleta estática. Aunque son pocos los casos descritos rabdomiólisis secundaria a este deporte, es importante tenerlo en consideración y realizar un diagnóstico y tratamiento precoz, para evitar complicaciones.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se exponen dos casos clínicos, dos mujeres jóvenes, sin antecedentes médico-quirúrgicos de interés, ambas deportistas habituales, que consultan por dolor muscular en ambos muslos, malestar general y orinas oscuras. En las 48 horas previas, las dos habían realizado ejercicio físico intenso (spinning). Solicitando analíticas se objetivan cifras elevadas de CPK, 129.596 en el primer caso, y de 10.400 en el segundo, con función renal normal en ambas y altos niveles de mioglobulinuria en sedimento de orina. Además se solicitan serologías para descartar otras causas secundarias, que resultan negativas en el primer caso, y en el segundo muestran valores positivos para virus Epstein-Barr. Instaurando tratamiento sueroterápico intenso, presentan importante mejoría clínica y analítica.

DISCUSIÓN: Ante la poca literatura descrita sobre la rabdomiólisis por spinning (MedLine: 6), consideramos de importancia, la exposición de estos dos nuevos casos clínicos, en los cuales se comparte el mismo factor de riesgo, pero uno de ellos, además, se presenta bajo una enfermedad infecciosa. La rabdomiólisis es una entidad que se debe de tener en cuenta, ante clínica de mialgias, debilidad muscular y orinas oscuras. Las causas más frecuentes son los traumatismos, el abuso de alcohol y el ejercicio físico intenso. Otras causas menos frecuentes, son metabólicas (hipotiroidismo y diabetes mellitus) farmacológicas convulsiones, infecciosas (citomegalovirus, virus Epstein-Barr) o miopatías inflamatorias o hereditarias. Analíticamente se caracteriza por aumento de CPK en cinco veces el límite superior de la normalidad. La complicación más frecuente es el fracaso renal agudo por precipitación de mioglobina en los túbulos renales.

CONCLUSIÓN: La rabdomiólisis, es una entidad a tener en cuenta, ante un paciente con dolor y debilidad muscular tras realización de ejercicio físico intenso. La elevación de los niveles de CPK por encima de cinco veces su límite superior, junto a la clínica, son diagnósticos.

ALERTA ANTE TROMBOFLEBITIS SUPERFICIAL RECURRENTE, RIESGO DE NEOPLASIA OCULTA

Clavero E. (Residente) Álvarez-Buylla M (Residente), Virgós A (Residente), Gonzalez C (Adjunto), Guillén C (Adjunto), Juega J (Jefe de Servicio)

COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE A CORUÑA

INTRODUCCIÓN: La tromboflebitis superficial migratoria (TSM) o tromboflebitis migrans se caracteriza por episodios recurrentes de trombosis segmentaria de las venas superficiales de los miembros inferiores, tronco o abdomen.

Armand Trousseau señaló que la TSM podría ser un aviso de una neoplasia visceral oculta, constituyendo la manifestación clínica del síndrome paraneoplásico que lleva su nombre.

MATERIAL Y MÉTODOS: Revisamos este síndrome a propósito de un varón de 59 años que ingresa tras acudir a su Centro de Salud en varias ocasiones por tromboflebitis en miembros superiores e inferiores. No presentaba otra clínica por aparatos, ni síndrome general. La exploración física y las pruebas de laboratorio no mostraron alteraciones, salvo CA 19,9 de 21107. El TAC abdominal mostró una masa de 7 cm en LHI con biopsia compatible con colangiocarcinoma intrahepático. Seda de alta con anticoagulación con HBPM, pendiente de valoración por Cirugía General. Al cabo de un mes, acude por dolor pleurítico en contexto de TEP submasivo que evolucionó favorablemente con tratamiento médico. Finalmente, se realiza hepatectomía izquierda y colecistectomía con resultado satisfactorio, sin complicaciones desde entonces.

DISCUSIÓN: La TSM consiste en nódulos eritematosos dolorosos que dan lugar a cordones palpables en los trayectos venosos. Su reconocimiento no es fácil y se puede confundir con entidades más frecuentes como celulitis, linfangitis o eritema nodoso. El diagnóstico diferencial histológico se realiza con la panarteritis nodosa (PAN). En una revisión de los pacientes con síndrome de Trousseau, se observaron por orden de frecuencia los siguientes tumores: Páncreas (24%), Pulmón (20%), Próstata (13%), Estómago (12%) Leucemia aguda (9%), Colon (5%). En dicho estudio este síndrome se presentó hasta en un 10% de los pacientes con carcinoma de páncreas. La TSM, además de asociarse con neoplasias, también se ha descrito en diversas enfermedades inflamatorias (enfermedad inflamatoria intestinal, E. Buerger, E. Behçet) y en defectos en la coagulación. El signo de Trousseau aparece sobre todo en adenocarcinomas mucinosos (páncreas, estómago, pulmón) por la interacción de la mucina secretada por las células del carcinoma con las selectinas de las plaquetas, lo que genera microtrombos. Esta interacción es inhibida por la heparina, mientras que los anticoagulantes orales son inefectivos

CONCLUSIONES: El reconocimiento de la TSM es importante porque puede ser el primer signo de procesos sistémicos, incluyendo el cáncer. El síndrome de Trousseau generalmente se relaciona con neoplasias avanzadas pero puede ser la manifestación inicial de una neoplasia precoz o incluso preceder al diagnóstico meses o años, por lo que una actuación temprana puede suponer la curación del mismo. El tratamiento de elección es la heparina.

LUPUS-LIKE INDUCIDO POR ADALIMUMAB: UNA ENTIDAD INFRECUENTE

Jose Luis Lamas (1), Lucía González (1), Alfredo Estévez (2), Alberto Fernández (3), Javier de la Fuente (1)

POVISA

INTRODUCCIÓN: Los inhibidores del factor de necrosis tumoral (anti-TNF) son fármacos comúnmente usados en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII). A pesar de que frecuentemente se objetiva la inducción de autoanticuerpos en pacientes con dicha terapia, el desarrollo de lupus-like es raro, con una prevalencia de 0,5%-1%, siendo mucho más infrecuente en aquellos pacientes tratados con adalimumab.

OBJETIVOS: Incidir en la necesidad de incluir la presencia de reacciones adversas tipo lupus-like en el diagnóstico diferencial de pacientes con EII a tratamiento con adalimumab y síntomas articulares.

MATERIAL Y MÉTODO: Presentamos un caso de lupus-like asociado a tratamiento con adalimumab en una paciente con enfermedad de Crohn refractaria al tratamiento.

RESULTADOS: Paciente de 23 años que acudió a nuestro centro por un cuadro de artritis en articulaciones interfalángicas de ambas manos y artralgiás en rodillas y codos de 2 semanas de evolución acompañadas de fiebre. Se trataba de una paciente con enfermedad de Crohn con patrón estenosante y fistulizante, así como enfermedad perianal grave asociada. Intervenido en múltiples ocasiones. Portadora de colostomía y fistula enterocutánea activa. Estaba a tratamiento con adalimumab asociado a azatioprina. En la exploración destacaban signos inflamatorios en interfalángicas proximales de primer dedo de la mano izquierda y tercero de la derecha, así como la presencia de orificio fistuloso supraumbilical con abundante drenaje. Analíticamente presentaba leucopenia (leucocitos 2340/mm³, neutrófilos 1660/mm³ y linfocitos 450/mm³), anemia microcítica ferropénica y VSG 102 mm/h. Se solicitaron ANA (positivos a título 1/1280), anti-DNA (positivos, 38,8UI/ml) y anti-Histona (positivos, 1,24). El factor reumatoide y Ac Péptido Cíclico Citrulinado fueron negativos. Por lo tanto, la paciente cumplía criterios de lupus (ANA+, anti-DNA+, artritis y leucopenia) con presencia de Ac anti-histona positivos típicamente relacionados con el lupus inducido por fármacos. Destacar que la leucopenia podría explicarse también por el uso de azatioprina. Se suspendió el tratamiento con adalimumab y azatioprina y se inició terapia con prednisona e hidrocortisona, con resolución del cuadro articular. Se realizó intervención quirúrgica de la fistula enterocutánea, con evolución posterior tórpida, habiendo sido reintervenida en múltiples ocasiones.

CONCLUSIONES: El lupus-like es una entidad a tener en cuenta en pacientes con EII tratados con anti-TNF. Su prevalencia es muy baja, siendo extremadamente infrecuente en aquellos pacientes en terapia con adalimumab, lo que no debe hacer que descartemos dicha entidad en el diagnóstico diferencial de los pacientes con EII que desarrollen clínica articular a pesar de dicha terapia. Ante la presencia de dicho cuadro clínico es necesaria la retirada del fármaco, resolviéndose habitualmente entre 1 a 6 meses.

HIPERSEGMENTACIÓN DE NEUTRÓFILOS EN PACIENTE CON CÁNCER DE PÁNCREAS AVANZADO

Lorenzo Castro R; Villaverde I; Alonso Parada M; Martínez-Vidal A; Rodríguez Gómez A; Rivera A, Freire MC, Sopena B.

HOSPITAL XERAL-CÍES DE VIGO. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE VIGO (CHUVI).

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: La hipersegmentación de neutrófilos es una alteración morfológica que adquiere relevancia clínica cuando alcanza un porcentaje mayor al 5% de neutrófilos con cinco o más lobulaciones en sangre periférica o al menos un neutrófilo con más de seis lobulaciones. Esta alteración se asocia, en la inmensa mayoría de los casos, a déficits vitamínicos, sobre todo de cobalamina y/o ácido fólico. Otras causas de hipersegmentación de los neutrófilos son excepcionales. Comunicamos el caso de un paciente en el que dicha alteración estaba causada por un adenocarcinoma de páncreas estadio IV.

MÉTODOS: Descripción de un caso clínico y revisión de la literatura.

RESULTADOS: Varón de 70 años que acudió a urgencias por pérdida de peso y anorexia desde hacía seis meses. Había sido Como antecedentes destacaba ser fumador de 30 pitillos día hasta los 65 años, dislipemia y diabetes (diagnóstico coincidente con inicio de la clínica). En la exploración se palpaba una masa epigástrica dolorosa. En urgencias se objetivó anemia normocítica-normocromática (hemoglobina de 9.9 y VCM 81.3) y trombopenia de 96000. En el frotis de sangre periférica se observó hipersegmentación del 100% de los neutrófilos, siendo el resto de la celularidad normal (Figura 1). La vitamina B12 fue de 1522, el ácido fólico de 5.1 y la ferritina de 554. Una vez ingresado, la ecografía abdominal y el TC confirmaron la presencia de una masa pancreática sugestiva de neoplasia maligna avanzada. Finalmente una citología obtenida por PAAF realizada por ecoendoscopia (Figura 2) puso de manifiesto que se trataba de un adenocarcinoma de páncreas.

DISCUSIÓN: La hipersegmentación de neutrófilos es una alteración que clásicamente se ha asociado al déficit de cobalamina y folato, llegando incluso a considerarse patognómico de anemia megaloblástica cuando se asocia a macrocitosis. Sin embargo, se ha demostrado que existen otras patologías en las que puede observarse como déficit de hierro, algunas leucemias, fallo renal agudo, tratamiento quimioterápico y sepsis. Excepcionalmente se ha descrito en pacientes con tumores en estadios avanzados (fundamentalmente adenocarcinoma). Presentamos el caso de un paciente que puede servir de ejemplo en cuanto a etiología inusual de un trastorno hematológico frecuente. Se descartaron tanto el déficit de Vitamina B12, ácido fólico, hierro y otras causas de hipersegmentación. La neoplasia subyacente fue la única causa posible, máxime cuando la alteración desapareció tras gencitabina. Aunque el mecanismo fisiopatológico es desconocido, algunos autores han postulado que podría estar causada por alguna sustancia sintetizada por el tumor.

CONCLUSIÓN: El clínico debe tener presente que la hipersegmentación de los neutrófilos puede estar causada por entidades diferentes al déficit de vitamina B12, como la ferropenia y situaciones agudas graves (sepsis). La presencia de neoplasias malignas, como en este paciente, debe incluirse en el diagnóstico diferencial.

HIDROSADENITIS SUPURATIVA TRATADA CON ANTI-TNF

Lorenzo Castro R; Sopena B; Rodríguez Gómez AM; Villaverde I; Pérez Rodríguez MT; Argibay AB; Martínez Vázquez C.

HOSPITAL XERAL-CÍES DE VIGO. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE VIGO (CHUVI).

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: La hidrosadenitis supurativa (HS) es una enfermedad inflamatoria crónica y recurrente que afecta a los folículos pilosos de la piel. Las áreas más afectadas son las axilas, inguinal y anogenital. Prevalencia estimada del 1% con mayor incidencia en mujeres (ratio mujer:varón 3:1). Las lesiones fibrocicatriciales, el dolor y el mal olor resultan incapacitantes. No existe una actitud terapéutica estandarizada basándose su tratamiento en el de patologías con las que se observa similitud (p.e. enfermedad inflamatoria intestinal). El objetivo es comunicar nuestra experiencia de un joven con HS y anti-TNF

MÉTODOS: Descripción del caso clínico y revisión de la literatura.

RESULTADOS: Varón de 21 años con hidrosadenitis axilar bilateral con abscesos recurrentes y escaso tejido cicatricial (estadio HURLEY II) a los 12 años y afectación perianal extensa con tractos fistulosos interconectados, abscesos y fibrosis (estadio HURLEY III) a los 17 años. Varios ingresos por abscesificación y sobreinfección de las lesiones a nivel anogenital con olor pútrido y dolor a la deambulación (Figura). Se realizó drenaje quirúrgico repetidas veces y antibioterapia de amplio espectro. Intento con isotretinoína oral en 2011 sin respuesta (reactantes de fase elevados y reingreso). Se decidió tratamiento con terapia biológica eligiéndose Adalimumab a dosis de 40 mg cada dos semanas con mejoría clínica y analítica tras la cuarta/quinta dosis. Recaída tras permanecer un año con respuesta parcial, se optó entonces por Infiximab con buena respuesta inicial y recaída a la cuarta dosis. Reingreso para antibioterapia intravenosa con el fin de controlar la infección pélvica. Finalmente se le recomendó dejar de fumar y limpieza quirúrgica de las lesiones perineales con colocación de autoinjertos de piel.

DISCUSIÓN: El mecanismo fisiopatológico de la HS es desconocido lo que dificulta su manejo. El tratamiento se basa en lo aportado por la literatura, que trasluce su etiología multifactorial: predisposición genética, obesidad, tabaquismo y disregulación inmune. Inicialmente medidas locales (antibióticos y antiandrógenos tópicos) y medidas higiénico dietéticas (abandono del tabaco, disminución de peso) que generalmente acaban siendo ineficaces. Posteriormente tratamiento con corticoides y antibióticos sistémicos. En los últimos años en estadios avanzados se ha intentado el uso de fármacos biológicos (anti-TNF) en base a las similitudes encontradas entre HS y otras entidades como la E. de Crohn. Los mejores resultados se han obtenido con infiximab y adalimumab, aunque todavía no

existen estudios con nivel de evidencia suficiente que soporte su uso generalizado. Como en nuestro paciente, ningún fármaco ha demostrado eficacia total siendo la cirugía la única medida que puede ser curativa.

CONCLUSIÓN: En los casos de HS resistente al tratamiento antibiótico se podría intentar con anti-TNF como paso previo a la limpieza quirúrgica por parte de cirugía plástica.

ALTERACIONES TÍMICAS EN LA ESCLERODERMIA

Lorenzo Castro R; Villaverde I; Alonso M; Gómez Sousa JM; Rivera A; Freire MC; Sopena B.

HOSPITAL XERAL-CÍES DE VIGO. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE VIGO (CHUVI).

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: La esclerodermia (ESP) es una enfermedad sistémica del tejido conectivo que afecta predominantemente a mujeres. La afectación cutánea y orgánica que se produce es consecuencia de la interrelación entre la proliferación vascular, la fibrosis y la disfunción inmunitaria. Las alteraciones del Timo en pacientes con ESP son infrecuentes. El objetivo es comunicar el caso de un varón con ESP difusa e hiperplasia tímica. Se comenta el diagnóstico diferencial y se revisa la literatura de las alteraciones tímicas en la ESP.

MÉTODOS: Descripción de un caso clínico y revisión de la literatura.

RESULTADOS: Varón de 37 años fumador de 5-10 cigarrillos/día. En historia a destacar esplenectomizado en la infancia tras traumatismo e ingreso hacia dos años por absceso hepático piógeno. Refería fenómeno de Raynaud y clínica de reflujo gastroesofágico desde hacía años. A la exploración presentaba piel engrosada en extremidades, cara, tronco y abdomen; así como telangiectasias malares y frontales. Ante la sospecha de ESP se solicitó estudio de autoinmunidad que mostró ANA+ (título >1/1280, patrón homogéneo) y ENA+ (anti Scl 70+). Además se realizó ecobroncoscopia con biopsia de adenopatías sugestiva de linfoma (Figura 1). Se etiquetó de esclerodermia difusa con afectación esofágica. Posteriormente en TC torácico de alta resolución se descartó afectación pulmonar pero incidentalmente objetivó un aumento de las estructuras del mediastino anterior (Figura 2), interpretándose en resonancia como aumento del timo asociado a múltiples adenopatías sugestivas de linfoma (Figura 3). Se realizó ecobroncoscopia con biopsia de adenopatías que se informó como cambios reactivos inespecíficos sin granulomas, necrosis ni datos de malignidad. También se realizó toracoscopia derecha con biopsia tímica que fue informada como hiperplasia folicular. Se decidió seguimiento en consulta.

DISCUSIÓN: La asociación de las enfermedades autoinmunitarias y las neoplasias malignas se conoce desde hace años (RR de 1.35 en personas con ESP versus población general). El aumento de tamaño del timo es un hallazgo relacionado a enfermedades autoinmunes y en particular a la ESP. En los pocos estudios que lo describen asociado a ESP la causa principal son patologías benignas, siendo la más frecuente la involución incompleta del timo (hasta 26% en algunas series), lo que no se traduce a nivel clínico ni analítico y más frecuente que en la población general. No existe prueba diagnóstica previa a la biopsia que nos ayude a diferenciar entre patología benigna y maligna. Sin embargo, la posibilidad de un linfoma o un timoma es escasa ya que se han comunicado en < del 1.38% de los casos en algunas series.

CONCLUSIONES: Los pacientes con ESP pueden presentar alteraciones tímicas que suelen ser benignas: hiperplasia folicular e involución incompleta. Aunque la presencia de timoma o linfoma sea infrecuente, no pueden excluirse por métodos de imagen y precisan técnicas invasivas.

NÓDULO DE LA HERMANA MARÍA JOSÉ COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DE ADENOCARCINOMA DE PÁNCREAS.

Lorenzo Castro R; Sousa Domínguez A; Martínez-Vidal Ana; Villaverde I; Freire MC; Rivera A; Sopena B.

HOSPITAL XERAL-CÍES DE VIGO. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE VIGO (CHUVI).

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: Los nódulos malignos umbilicales se conocen desde 1949 con el epónimo de nódulo de la hermana María José. La ayudante de quirófano de igual nombre fue primera en relacionar este signo con la existencia de un tumor grave subyacente. Representa el 10% de metástasis a nivel cutáneo siendo un signo de mal pronóstico, incluso cuando es la primera manifestación. Su fácil acceso a la exploración física y toma de muestra podría limitar el estudio diagnóstico de una neoplasia avanzada. El objetivo es comunicar un caso de un paciente con este nódulo cuyo estudio ayudó a diagnosticar un cáncer de páncreas avanzado.

MÉTODOS: Descripción del caso clínico y revisión de la literatura.

RESULTADOS: Varón de 70 años que ingresó para estudio de síndrome constitucional desde hacía seis meses. Destacar como antecedentes haber sido fumador de 30 cigarrillos/día hasta hacía 15 años, dislipemia y diabetes. En la exploración física se detectó la presencia de una masa epigástrica sólida, definida y no dolorosa. Presentaba además, una placa eritematosa, subcentimétrica, no pruriginosa, ni dolorosa ni ulcerada a nivel umbilical, el paciente refería inicio reciente (Figura 1). Anemia normocítica-normocromática y datos de colestasis disociada en la analítica. La ecografía abdominal sugirió la presencia de una masa en páncreas con invasión vascular. Dado el fácil acceso de esta lesión se realizó PAAF siendo el estudio anatomopatológico compatible con adenocarcinoma metastásico (Figura 2). El TC abdominal confirmó la presencia de un tumor en cuerpo pancreático localmente avanzado e irreseccable, y corroboró la naturaleza metastásica del nódulo umbilical (Figura 3). Se trasladó al servicio de oncología para inicio de tratamiento con Gencitabina.

DISCUSIÓN: Los nódulos umbilicales de naturaleza maligna suponen el 40% del total de lesiones umbilicales, siendo sólo el 10% primarios. Se asocian fundamentalmente a neoplasias de localización intraabdominal: carcinoma gástrico (28%), ovario (24%) y colorrectal (10-18%), el cáncer de páncreas es una causa infrecuente suponiendo sólo un 7-15%. Sólo hemos encontrado cuatro casos publicados en los que aparecía esta alteración cutánea como primera manifestación del tumor. El nódulo de la Hermana María José puede ser la única manifestación exploratoria hasta en un 30% de los casos. El clínico debe conocer este signo y sospecharlo, ya que de otra forma fácilmente puede pasar desapercibido. Su accesibilidad es excelente y la rentabilidad de la PAAF muy elevada, en la literatura hay series de hasta un 100% de correlación anatomopatológica con las muestras obtenidas del primario.

CONCLUSIÓN: El nódulo de la hermana María José puede ser la primera manifestación de un adenocarcinoma de páncreas. Conocer este signo permite tomar muestras con facilidad y con una rentabilidad histológica excelente, limitando el tiempo y pruebas necesarias para la aproximación a un tumor intraabdominal avanzado.

INFECCIÓN DE HERIDA QUIRÚRGICA POR *RAOULTELLA* PLANTICOLA

Gómez Sousa JM1, Soto Peleteiro A1, Lorenzo Castro R1, Sousa Domínguez A1, Villaverde Álvarez I1, Mouronte Roibás C1, Gallego Barbachano I1, Martínez Lamas L2, Álvarez Fernández M2, Nodar Germiñas A1, Pérez Rodríguez MT1, Argibay Filgueira AB1, Martínez Vázquez C1.

HOSPITAL XERAL-CIES DE VIGO. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE VIGO (CHUM).

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: *Raoultella planticola* es un bacilo gramnegativo anaerobio facultativo, considerada inicialmente como una bacteria ambiental distribuida en plantas, suelos y agua. La literatura muestra que *R. planticola* es una fuente poco habitual de infecciones en humanos, reportándose un total de doce casos hasta la fecha. Presentamos el caso de un paciente con infección de herida quirúrgica por este organismo.

MATERIAL Y MÉTODOS: Descripción de un caso clínico y revisión de la literatura.

RESULTADOS: Varón de 55 años sin antecedentes de interés, diagnosticado de meningioma atípico parasagital bilateral con invasión ósea a raíz de episodios de inestabilidad en la marcha e intervenido mediante craneotomía biparieto-occipital y exéresis de la tumoración con colocación de malla de titanio. Previamente al alta tras dos semanas de ingreso presentó de forma puntual episodio de tiritona asociado a pico febril que sus médicos responsables pusieron en relación con bacteriemia asociada a vía periférica, retirándose hemocultivos y administrándose pauta de amoxicilina-clavulánico durante cinco días que el paciente completó en domicilio. Cinco semanas después reingresa por sensación distérmica de cuatro días de evolución y acúmulo parietal que se punciona con obtención de material purulento, iniciándose por parte de nuestra Unidad de Patología Infecciosa tratamiento con meropenem y linezolid a la espera de resultados de cultivo y se realizó limpieza quirúrgica con drenaje del absceso extracerebral. En muestras de punción-aspiración e intraoperatorias fue aislada *R. planticola* sensible a ceftriaxona (4/4). El hemocultivo previo mostró crecimiento del mismo germen. Se modificó en ese momento el tratamiento iniciándose pauta con ceftriaxona más metronidazol. Ante persistencia de acúmulo confirmada mediante RM se somete al paciente a nueva limpieza quirúrgica, reintroduciendo pauta antibiótica inicial. El paciente completó un total de dos semanas de tratamiento parenteral, con mejoría clínica progresiva y permaneciendo afebril una vez suspendido.

CONCLUSIONES: El género *Raoultella* fue creado en 2001 en base al análisis de secuencias del ARNr 16s y del gen *rpoB*. Hasta entonces había sido considerada como parte del género *Kleibisella*, de la familia *Enterobacteriaceae*. La infección clínica por este organismo es poco habitual, siendo más frecuentemente detectado como colonizador. Hasta la fecha se han reportado casos de bacteriemia (5), pancreatitis (1), colangitis (1), gastroenteritis en relación a la ingesta de pescado (1), cistitis (1), celulitis (1) y fascitis necrotizante (1). Tan solo existe descrito un caso previo en relación a infección de la herida quirúrgica. En resumen, la infección por *R. planticola* plantea dificultades diagnósticas por su baja frecuencia y la similitud que posee con otros organismos de la misma familia, si bien ciertos aspectos como las circunstancias ambientales podrían permitir una aproximación.

INFECCIÓN PROTÉSICA DE RODILLA POR *LISTERIA MONOCYTOGENES*

Gómez Sousa JM, Soto Peleteiro A, Martínez Vidal AI, Rodríguez Gómez AM, Alonso Parada M, Villaverde Álvarez I, Nodar Germiñas A, Pérez Rodríguez MT, Argibay Filgueira AB, Martínez Vázquez C.

HOSPITAL XERAL-CIES DE VIGO. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE VIGO (CHUM).

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: *Listeria monocytogenes* es un bacilo grampositivo cuya infección en humanos suele presentarse en forma de bacteriemia y meningoencefalitis en neonatos, embarazadas, ancianos e inmunodeprimidos. La infección de prótesis articulares es una entidad poco frecuente según muestra la literatura médica. Presentamos el caso de un paciente con artritis séptica protésica de rodilla por este organismo.

MATERIAL Y MÉTODOS: Descripción de un caso clínico y revisión de la literatura.

RESULTADOS: Varón de 88 años entre cuyos antecedentes destacaban HTA, EPOC, trombocitemia esencial tratada con hidroxycarbamida y ser portador de prótesis en ambas rodillas hace 18 y 10 años. El paciente acudió a Urgencias por fiebre de 38,5°C asociada a gonalgia izquierda y tumefacción que le impedían la deambulación; se realizó artrocentesis con obtención de líquido sinovial turbio (240000 leucocitos/mm³ con 85% PMN, gram

directo negativo). Se tomaron muestras para cultivo y el paciente fue ingresado. Análiticamente destacaban Hb 10 g/dL, un recuento leucocitario absoluto normal, 83,7% de neutrófilos en fórmula relativa y PCR 250,81 mg/L. En el cultivo de líquido sinovial se informó crecimiento de *L. monocytogenes*. Por parte de Medicina Interna se inicia tratamiento parenteral con ampicilina y TMP-SMX. Se realizó intervención de lavado articular y ante la sospecha de una infección de origen hematógeno y teniendo en cuenta las características del paciente se decidió mantener el implante. En muestras intraoperatorias se aisló el mismo microorganismo (6/6), con hemocultivos negativos. A lo largo de cuatro semanas de tratamiento se constató descenso progresivo de los signos inflamatorios articulares y de RFA. Al alta se inició tratamiento oral con TMP-SMX con buena evolución clínica actualmente, si bien una gammagrafía de control a los dos meses mostró persistencia de actividad inflamatoria.

CONCLUSIONES: Han sido descritas infecciones por *L. monocytogenes* en prótesis endoluminales, vavulares y articulares, explicadas por su gran afinidad por cuerpos extraños. Un reciente estudio retrospectivo sobre una serie de 43 casos de infección osteoarticular por *L. monocytogenes* mostró que 36 de los pacientes eran portadores de material protésico, siendo la articulación más frecuentemente afectada la cadera, seguida de la rodilla. El tratamiento inmunosupresor, edad avanzada y procesos debilitantes crónicos parecen los factores de riesgo descritos más determinantes, reuniendo nuestro paciente dos de ellos. En la gran mayoría de casos la infección asienta sobre prótesis implantadas hace años, lo que orienta a una vía de diseminación hematógena. Ante la falta de experiencia el tratamiento es controvertido, optándose en la mayoría de casos por pautas antibióticas prolongadas e intervención con/sin retirada de prótesis, generalmente con buena evolución posterior independientemente de la opción.

AFECTACIÓN HEPÁTICA EN UN ADULTO CON ENFERMEDAD POR ARAÑAZO DE GATO

Villaverde I, Martínez Vidal A, Rodríguez Gómez A, Sousa Domínguez A, Lorenzo Castro R, Freire Dapena Mayka, Rivera Gallego A, Sopena Pérez-Argüelles B

XERAL DE VIGO

INTRODUCCIÓN: La enfermedad por arañazo de gato (EAG) o linforreticulosis benigna es una enfermedad infecciosa caracterizada por la aparición de adenopatías regionales dolorosas. El agente causal es la *Bartonella henselae*, bacilo gram negativo, de crecimiento lento cuyo reservorio son los gatos. Principalmente afecta a niños menores de 10 años con clínica localizada y de curso autolimitado. Sólo en 5-14% de los pacientes con enfermedad por arañazo de gato presentan enfermedad diseminada, siendo la afectación visceral excepcional en adultos.

OBJETIVO: Destacar la afectación hepática en la enfermedad por arañazo de gato.

MÉTODO: Presentación de un caso clínico y revisión de la literatura.

RESULTADOS: Mujer de 45 años con antecedentes de histerectomía por útero miomatoso e hidrosalpinx de repetición, sin tratamiento domiciliario. Como animales domésticos refirió tener dos gatos. Acudió a urgencias por aparición de bultoma doloroso en región inguinal izquierda y fiebre de seis días de evolución. A la exploración destacó la presencia de una masa pétreo a nivel inguinal izquierdo, dolorosa a la palpación y esplenomegalia. Análiticamente destacó la presencia de reactantes de fase elevados. La ecografía de partes blandas y abdominal mostró múltiples adenopatías a nivel inguinal izquierdo la mayor de 2.2x1.6cm y esplenomegalia homogénea. Se completó estudio con RM abdomino-pélvica informada como adenopatías inguinales izquierdas patológicas la mayor de 4cm de diámetro máximo, no adenopatías a otros niveles, esplenomegalia homogénea y lesiones hepáticas milimétricas con realce tras administración de contraste. Se solicitó exéresis de adenopatía inguinal izquierda, en el quirófano se observó salida de abundante material purulento, remitiéndose muestras para estudio microbiológico no obteniéndose material para estudio histológico. En el cultivo del material remitido no se obtuvo crecimiento. En los estudios serológicos solicitados se confirmó IgM e IgG positivo para *B. henselae*. Se inició tratamiento con azitromicina y rifampicina con importante mejoría clínica. El tratamiento se mantuvo durante 14 días. La afectación hepática en adultos con enfermedad por arañazo de gato es infrecuente. En la analítica se puede presentar una alteración leve de las pruebas de función hepática y las pruebas de imagen muestran múltiples lesiones en hígado y bazo. Se han descrito casos de biopsia hepática y hepatectomía previa al diagnóstico. Las pautas de tratamiento en adultos no están claras, se recomienda la asociación de rifampicina y gentamicina o rifampicina y azitromicina por extrapolación de casos comunicados en niños.

CONCLUSIÓN: La sospecha clínica en pacientes en contacto con gatos y las pruebas serológicas ayudan al diagnóstico de la afectación hepática en la (EAG) evitando la realización de técnicas invasivas.

PIODERMA GANGRENOSO COMO DEBUT DE LINFOMA ANAPLÁSICO

Villaverde Álvarez I, Santamaría A, Vázquez-Triñanes C, Alonso Parada M, Gómez Sousa J, Soto Peleteiro A, Freire Dapena Mayka, Rivera Gallego A, Sopena B

XERAL DE VIGO

INTRODUCCIÓN: El pioderma gangrenoso (PG) es una dermatosis neutrofílica poco común que se presenta como pápulas o pústulas inflamatorias que evolucionan a úlceras dolorosas. La incidencia estimada es de 3 a 10 casos por millón de personas/año. Afecta con más frecuencia a mujeres.

OBJETIVO: Destacar la asociación entre el PG y las neoplasias hematológicas.

MÉTODO: Presentación de un caso y revisión de la literatura.

RESULTADO: Mujer de 63 años que acudió a urgencias por lesiones cutáneas ulceradas en múltiples localizaciones, cara, tronco y extremidades, dolorosas y sangrantes al roce de un mes de evolución. Había recibido tratamiento con amoxicilina-clavulánico de forma ambulatoria sin mejoría. Al interrogatorio dirigido refirió pérdida ponderal de 5-6 kg, astenia, anorexia y fiebre. A la exploración la paciente estaba febril, presentaba múltiples lesiones ulceradas sobre elevadas sin datos de sobreinfección, dolorosas al tacto, a nivel cervical y superclavicular izquierdo se palparon múltiples adenopatías > 1cm. En analítica destacó la presencia de leucocitosis, anemia normocítica normocrómica, elevación de VSG y PCR. Los estudios microbiológicos incluyeron hemocultivos, cultivo de exudado que fueron estériles. La biopsia cutánea fue compatible con una dermatosis neutrofilica tipo pioderma gangrenoso, se inició de acuerdo con servicio de Dermatología corticoides orales con mejoría de lesiones cutáneas. Tras la biopsia de la adenopatía supraclavicular izquierda se diagnosticó de linfoma anaplásico de célula T grande ALK negativo. Se trasladó a servicio de Hematología para inicio de tratamiento quimioterápico. La mitad de los pacientes diagnosticados de PG presentan una enfermedad sistémica subyacente, las más frecuentes la enfermedad inflamatoria intestinal (14-34%), artropatías (11-25%) y trastornos hematológicos (20%). Entre los estudios recomendados a pacientes con PG se incluyen: hemograma, bioquímica completa, ANCA, ANA, FR, inmunofijación y Rx tórax, el resto de exploraciones se harán en base a la historia clínica y la exploración física. El PG puede preceder o diagnosticarse concomitantemente con patología hematológica. Se han descrito casos de PG asociados a mieloma, leucemia, mielodisplasia, linfoma y policitemia vera. La asociación con linfoma anaplásico de célula grande T ALK negativo es excepcional.

CONCLUSIÓN: En todo paciente diagnosticado de PG se debe realizar una historia clínica completa y una exploración física minuciosa con el fin de descartar patología asociada entre ella, las neoplasias hematológicas.

GLOMERULONEFRITIS MEMBRANOPROLIFERATIVA ASOCIADA A GAMMAPATÍA MONOCLONAL

Villaverde I, Alvarez J, Gonzalez Gonzalez L, Vázquez-Triñanes C, Alonso Parada M, Gómez Sousa J, Soto Peleteiro A, Freire Dapena Mayka, Rivera Gallego A, Sopena B

XERAL DE VIGO

INTRODUCCIÓN: La glomerulonefritis membranoproliferativa (GNMP) tradicionalmente llamada glomerulonefritis mesangial se caracteriza por la hiperplasia mesangial, proliferación endocapilar y remodelación de la pared capilar. La clasificación actual se basa en el mecanismo patogénico y en los hallazgos de la inmunofluorescencia (IFI) dividiéndose en: GNMP mediada por complemento y GNMP mediada por inmunocomplejos. La GNMP mediada por inmunocomplejos se ha descrito en infecciones, enfermedades autoinmunes sistémicas y disproteinemias.

OBJETIVOS: Destacar la asociación de la GNMP mediada por inmunocomplejos con la gammapatía monoclonal.

MÉTODO: Presentación de un caso clínico y revisión de la literatura.

RESULTADO: Mujer de 49 años diagnosticada de fascitis eosinofílica en 2006, con estudios de autoinmunidad repetidamente negativos, recibió tratamiento con azatioprina y corticoides con respuesta parcial. En 2013 se remitió de consultas externas para completar estudio de proteinuria. Presentaba edemas con fovea en ambos miembros inferiores. En analítica presentaba función renal normal, marcada hipogammaglobulinemia e hipocomplementemia. Por inmunofijación se identificó una proteína monoclonal IgM-Kappa en sangre, en orina fue negativa. La proteinuria en orina de 24 horas mostró 2.54g. Los estudios de autoinmunidad y serológicos fueron negativos. Se solicitó biopsia renal percutánea, el estudio histológico con IFI concluyó que se trataba de una GNMP mediada por complejos inmunes. Dado que no presentaba deterioro de función renal se inició tratamiento con ARA-2. La GNMP supone el 7-10% de las glomerulonefritis. La presentación clínica y la evolución es variable desde asintomática a rápidamente progresiva. La GNMP mediada por inmunocomplejos secundaria puede beneficiarse del tratamiento de la enfermedad de base. El análisis retrospectivo realizado en la Clínica Mayo publicado por Sethi S, mostró que 28 de 68 pacientes diagnosticados de GNMP tenían una banda monoclonal, 16 de esos pacientes se diagnosticaron de gammapatía monoclonal de significado incierto y los otros 12 de neoplasias hematológicas (linfoma o mieloma).

CONCLUSIÓN: La GNMP asociada a gammapatía monoclonal requiere seguimiento estricto por el riesgo de deterioro de función renal. Durante el seguimiento de estos pacientes, se han descrito casos de desarrollo de neoplasias hematológicas.

FIBROSIS RETROPERITONEAL SECUNDARIA A ERGOTAMINA

Villaverde I, Martínez Vidal A, Rodríguez Gómez A, Sousa Domínguez A, Lorenzo Castro R, Vázquez-Triñanes C, Freire Dapena Mayka, Rivera Gallego A, Sopena B

XERAL DE VIGO

INTRODUCCIÓN: La fibrosis retroperitoneal (FR) se caracteriza por la presencia de inflamación y fibrosis a nivel peritoneal, englobando con frecuencia a uréteres y vasos abdominales. La FR puede ser idiopática o secundaria a fármacos, tumores, infecciones, radioterapia y cirugía. El diagnóstico diferencial incluye linfomas, sarcomas, infecciones, pseudotumor inflamatorio entre otras.

OBJETIVO: Resaltar los fármacos como causa de FR.

MÉTODO: Presentación de un caso clínico.

RESULTADOS: Varón de 54 años diagnosticado de migraña a tratamiento con AINEs. Ingresó en servicio de Medicina Interna, para estudio de cuadro constitucional de un mes de evolución. No destacaron hallazgos en la exploración física. La analítica al ingreso mostró creatinina 1.22 mg/dl y la ecografía abdominal la presencia de uropatía obstructiva derecha, con atrofia de riñón derecho. El estudio analítico incluyó: hemograma, coagulación, bioquímica completa, reactantes de fase aguda, cuantificación de inmunoglobulinas, proteinograma, determinación de ANA, antiDNA, ANCA, serologías VIH, VHC, VHB, lues, Salmonella que resultaron negativos. La RM retroperitoneal informó de la presencia de una masa retroperitoneal mal definida que englobaba la cava inferior, la aorta, el uréter derecho y los vasos mesentéricos compatible con fibrosis retroperitoneal sin poder descartar infoma. Se solicitó interconsulta a Urología que realizó nefrectomía derecha laparoscópica y toma de biopsias. Es estudio anatomopatológico fue compatible con fibrosis retroperitoneal. El paciente reconoció la toma crónica de ergotamina desde los 21 años, por lo que se decidió suspender el fármaco y control radiológico. La RM retroperitoneal de control presentó mejoría importante con práctica desaparición de masa retroperitoneal.

CONCLUSIÓN: Una vez establecido el diagnóstico de fibrosis retroperitoneal se deben excluir las causas secundarias, entre ellas la exposición a fármacos (derivados ergotamínicos, betabloqueantes, bromocriptina, metildopa...), ya que su suspensión con frecuencia mejora el cuadro sin necesidad de otros tratamientos.

HIPOGAMMAGLOBULINEMIA COMO ÚNICA MANIFESTACIÓN DE LINFOMA NO HODGKIN

Villaverde I, Martínez Vidal A, Rodríguez Gómez A, Sousa Domínguez A, Lorenzo Castro R, Vázquez-Triñanes C, Freire Dapena Mayka, Rivera Gallego A, Sopena B

XERAL DE VIGO

INTRODUCCIÓN: La hipogammaglobulinemia (HGM) se define como una concentración baja de inmunoglobulinas en sangre, con frecuencia es un dato clínico que pasa desapercibido por los clínicos. En el adulto, generalmente es un trastorno secundario al que se asocian múltiples patologías.

OBJETIVO: Destacar la relevancia de la presencia de (HGM) en pacientes en edad adulta.

MÉTODO: Presentación de un caso y revisión de la literatura.

RESULTADOS: Mujer de 80 años con antecedente de cirrosis hepática con hipertensión portal estadio A de CHILD. Acudió a urgencias por astenia intensa y disnea de mínimos esfuerzos. En hemograma urgente presentaba Hb 5.2 g/dl microcítica hipocrómica y 82000 plaquetas sin otras alteraciones. En el tacto rectal se observaron heces melénicas. La endoscopia digestiva urgente visualizó ectasias vasculares en antro gástrico sin datos de sangrado activo, se recomendó coagulación con argón. Tras la transfusión la paciente refirió importante mejoría clínica. Ingresó La cuantificación de inmunoglobulinas mostró Ig G 478 mg/dl, Ig A 37 mg/dl e Ig M 21 mg/dl (valores por debajo de la normalidad). El estudio de la (HGM) en esta paciente, incluyó la realización de biopsia de médula ósea, diagnosticándose a la paciente de linfoma no Hodgkin de célula B. Se solicitó traslado a Hematología para inicio de tratamiento. Un número importante de condiciones se asocian con la HGM adquirida, ya sea por aumento de pérdidas o por disminución de producción. Entre estas condiciones destacan: los fármacos inmunosupresores (glucocorticoides, Rituximab), las neoplasias, enfermedades sistémicas que producen supresión medular, timoma con hipogammaglobulinemia, el síndrome nefrótico, las enteropatías pierde proteínas... En una revisión reciente realizada en nuestro centro mostró que la causa más frecuente de hipogammaglobulinemia en 90 pacientes adultos fueron las neoplasias hematológicas.

CONCLUSIÓN: La hipogammaglobulinemia puede ser la clave diagnóstica en enfermedades graves. La historia clínica y la exploración física nos pueden orientar hacia una causa secundaria como las neoplasias hematológicas.

METÁSTASIS VESICAL DE CARCINOMA GÁSTRICO DE CÉLULAS EN ANILLO DE SELLO

Martínez-Vidal A, Lorenzo-Castro R, Villaverde-Álvarez I, Rodríguez-Gómez A, Fiaño C, González-González L, Soto-Peleteiro A, Vázquez-Triñanes C, Freire MC, Rivera A, Sopena B.

HOSPITAL XERAL-CÍES. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE VIGO.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: Las metástasis en vejiga urinaria suponen < 2% de todas las neoplasias vesicales. La mayoría de las veces ocurren por extensión directa o por diseminación peritoneal (DP). Se presenta un caso excepcional de adenocarcinoma (ADC) gástrico de células en anillo de sello que debutó con ascitis y metástasis vesical.

MATERIAL Y MÉTODO: Presentación de un caso y revisión de la literatura.

RESULTADOS: Mujer de 70 años-exfumadora y con antecedentes de gastritis crónica atrofica con última endoscopia 6 meses antes del ingreso. Acudió por cuadro de distensión abdominal, edemas en miembros inferiores y síntomas urinarios de 6 meses de duración. A la exploración física existía ascitis y edemas en miembros inferiores. El Ca 19.9 fue >3000. La citología de líquido ascítico mostró abundantes células mesoteliales reactivas. Un TC abdominal en el que incidentalmente se evidenció TEP bilateral. En la RM abdominal, la pared gástrica estaba engrosada, existiendo una lesión intravesical con datos de uropatía obstructiva izquierda. No se observaron metástasis hepáticas. Se solicitó endoscopia digestiva alta que fue normal pero las biopsias mostraron escasas células de ADC

indiferenciado de células en "anillo de sello Tras inicio de anticoagulación, comenzó con hematuria franca por lo que se realizó cistoscopia que objetivó lesión papilar de 4 cm en fondo vesical sangrante a la fricción, la anatomía patológica fue compatible con metástasis de tumor gástrico.

DISCUSIÓN: El ADC primario vesical es muy infrecuente y comprende tan sólo del 0.5 al 2% de todos los tumores epiteliales de vejiga. El carcinoma vesical de células en anillo de sello supone tan sólo un 0.24 de todos los cánceres vesicales primarios. Las metástasis de vejiga urinaria alcanzan dicha localización por extensión directa o en casos avanzados por DP. Esto explica que el origen primario más frecuente sea: Colon(21%), próstata(19%), recto(12%) y cérvix(11%). Otros sitios menos comunes que pueden metastatizar a distancia en vejiga son el pulmón y la mama(3%), la piel y el estómago(4%). Hasta la fecha sólo han sido reportados en el mundo 7 casos de metástasis de carcinoma gástrico con células en anillo de sello en vejiga. El diagnóstico diferencial entre ADC vesical primario y metastásico es complejo, la historia clínica y la cistoscopia pueden ayudar al diagnóstico, ya que las metástasis suelen ser solitarias y localizarse en el cuello o en la región del trigono. Histológicamente las metástasis vesicales y el carcinoma primario de células en anillo de sello de vejiga suele ser indistinguible pero la presencia de un urotelio intacto sugiere metástasis. En nuestro caso, la infiltración de la pared vesical en toda su extensión, nos hizo pensar en una posible DP.

CONCLUSIONES: Las metástasis vesicales del ADC de células en anillo de sello gástrico son excepcionales. La presencia de células mesoteliales reactivas en líquido ascítico, deben alertar de la causa neoplásica de la ascitis.

MINOCICLINA: ¿INDUCTOR DE ENFERMEDAD AUTOINMUNE?

Martínez-Vidal A, Villaverde-Álvarez I, Rodríguez-Gómez A, Lorenzo-Castro R, Sousa-Domínguez A, Gómez-Sousa J, Alonso-Parada M, Vázquez-Triñanes C, Freire MC, Sopena B, Rivera A.

HOSPITAL XERAL-CÍES. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE VIGO.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: La minociclina es una tetraciclina utilizada en el tratamiento del acné vulgar y de la rosácea. Tiene un efecto antiinflamatorio e inmunomodulador y se ha visto implicada en numerosas reacciones autoinmunes.

MATERIAL Y MÉTODO: Presentación de un caso y revisión de la literatura.

RESULTADOS: Varón de 35 años que inició tratamiento con minociclina por acné severo en cuero cabelludo. Un mes tras inicio del tratamiento comenzó con dolor en aparte posterior de ambas piernas, continuo que le incapacitaba la marcha y que relacionó con ejercicio intenso. Posteriormente inició incapacidad para elevar brazos y dolor en caderas sin fiebre, ni cefalea, ni problemas oculares sin otra sintomatología. Asociado a este cuadro presentó elevación de VSG y elevación de ACAS con niveles en torno a 356 U/ml con resto de autoinmunidad negativa. Ante sospecha de polimialgia reumática se inició tratamiento con corticoides con pauta de descenso progresivo. El cuadro reapareció al alcanzar dosis de 10 mg, por lo que se decide retirada de la minociclina, con desaparición de la sintomatología y negativización de ACAS. Siete años después el paciente continúa asintomático con ACAS negativos.

DISCUSIÓN: La minociclina es una tetraciclina semisintética con actividad antiinfecciosa pero también antiinflamatoria y con un efecto inmunomodulador. Se utiliza principalmente en el tratamiento del acné y la rosácea pero también parece tener efectos positivos en la artritis reumatoide. Se ha visto que el tratamiento prolongado con este fármaco puede producir un cuadro de artralgias o artritis, fiebre y títulos elevados de ANCA y ANAs, estando ligada con numerosos fenómenos autoinmunes incluyendo LES inducido por fármacos, hepatitis autoinmune, vasculitis y enfermedad del suero. Los mecanismos de estas reacciones no son bien conocidos pero parece ser que algunas hipótesis incluyen el descenso de producción de radicales libres, inhibición de la fosfolipasa A2 y alteración de la expresión de TNF y gamma-interferon. Un incremento de ANAs positivos ha sido reportado en pacientes con acné y títulos altos han sido asociados a su exposición a minociclina. Solo hay un caso en la literatura en el que la minociclina induce un cuadro lupus-like con anticuerpos antifosfolípidos positivo, lo que se asemeja a nuestro caso. No hay un tratamiento específico, el cuadro se resuelve tras la retirada del fármaco y los anticuerpos se negativizan.

CONCLUSIONES: La minociclina es un fármaco que se utiliza comúnmente y se ha observado que es capaz de inducir reacciones autoinmunes en tratamientos prolongados que se resuelven tras la retirada del mismo. Por eso, creemos que habría que sospechar reacción a la minociclina en pacientes en tratamiento con este fármaco que inician cuadro de artralgias, artritis o fiebre asociados a títulos elevados de anticuerpos autoinmunes.

ESPONDILODISCITIS POR PREVOTELLA ORALIS

Martínez-Vidal A, Lorenzo-Castro R, Sopena B, Villaverde-Álvarez I, Rodríguez-Gómez A, Sousa Domínguez A, Martínez-Lamas L, Argibay-Filgueira AB, Pérez-Rodríguez MT, Martínez-Vázquez C. HOSPITAL XERAL-CÍES. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE VIGO.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: La espondilodiscitis (EDC) es comúnmente producida por bacterias aeróbicas. De las infecciones a nivel de columna las causadas por organismos anaeróbicos suponen < 3% y normalmente se ven en pacientes post-quirúrgicos. Presentamos un caso de EDC por *Prevotella oralis* en una paciente colectomizada.

MATERIAL Y MÉTODO: Presentación de un caso y revisión de la literatura.

RESULTADOS: Mujer de 66 años, intervenida de adenoma vellosos 2 meses previos al ingreso mediante hemicolecotomía izquierda que se complicó con la formación de absceso

en la zona quirúrgica y que precisó drenaje. El estudio microbiológico fue positivo para *Prevotella Oralis* en sangre y pus de absceso. Tras el alta inició fiebre y dolor lumbar de características inflamatorias. Ante la persistencia del cuadro se solicitó resonancia (RM) que resultó diagnóstica para EDC a nivel de L4-L5 con componente inflamatorio de partes blandas, lo que motivó el ingreso. Antes de iniciar los antibióticos, se retiraron hemocultivos que fueron positivos para *Prevotella oralis*. La PAAF de la lesión obtuvo escaso material sin evidenciarse crecimiento bacteriano. Se realizó ecocardiograma transtorácico que fue negativo para endocarditis infecciosa y TC abdominal descartando foco infeccioso. Se inició tratamiento antibiótico parenteral con meropenem y metronidazol con buena evolución clínica, analítica y radiológica por lo que se decidió alta para seguimiento.

DISCUSIÓN: *Prevotella oralis* es un bacilo gram negativo anaerobio implicado habitualmente en infecciones de la cavidad oral como la periodontitis y menos frecuente causante de infecciones ginecológicas, osteomielitis, infecciones de tejidos blandos y muy raramente endocarditis. La EDC es un cuadro de difícil diagnóstico por la clínica insidiosa y la fiebre en ocasiones ausente. En los últimos años, su frecuencia ha aumentado debido al incremento de bacteriemias nosocomiales, a la inmunodepresión y a técnicas de imagen cada vez más sensibles como la RM. La mayoría de los casos se producen por diseminación hematogénea de infecciones a otros niveles y menos frecuentemente por contigüidad. El tratamiento antibiótico se basa en los resultados microbiológicos y la duración es variable en función de la respuesta clínica, radiológica y analítica, la susceptibilidad del germen y el estado inmunológico del paciente. El microorganismo más frecuentemente asociado es el *Staphylococcus aureus* seguido de enterobacilos gram negativos aerobios, tuberculosis y *Candida* spp. Dentro de lo inusual de las infecciones por anaerobios en la columna vertebral (menos del 3%), tan sólo hay 4 casos en la literatura de EDC por *Prevotella* pero ninguno de ellos por *P. oralis*, lo que da mayor interés a nuestro caso.

CONCLUSIONES: La espondilodiscitis producida por anaerobios es una patología muy infrecuente que debe sospecharse en pacientes intervenidos quirúrgicamente o con complicaciones en el postoperatorio, en ausencia de microorganismos habituales.

SEPSIS GRAVE COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE TUBERCULOSIS

Martínez Vidal A, Pérez-Rodríguez MT, Rodríguez-Gómez A, Villaverde-Álvarez I, Lorenzo-Castro R, Sousa Domínguez A, Argibay A, Nodar A, Sopena B, Martínez-Vázquez C.

HOSPITAL XERAL-CÍES. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE VIGO.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: La tuberculosis es una patología que con frecuencia se incluye en el diagnóstico diferencial de cuadros subagudos. Sin embargo, algunos pacientes presentan una clínica aguda, en forma de sepsis grave, conocida también como sepsis tuberculosa acutísima.

MATERIAL Y MÉTODO: Presentación de un caso y revisión de la literatura.

RESULTADOS: Varón de 81 años, diabético y con linfoma no Hodgkin cutáneo en remisión completa desde hacía 20 años. Acudió a urgencias por deterioro del estado general y fiebre, sospechándose inicialmente una infección respiratoria, por lo que se inició tratamiento antibiótico. La evolución clínica fue mala, presentando disminución del nivel de conciencia y distensión abdominal. El paciente estaba febril y taquicárdico. En la analítica destacaba leucopenia con desviación izquierda, coagulopatía, así como elevación de los reactantes de fase aguda (PCR 168 mg/l, procalcitonina 0,79 ng/ml). Los hemocultivos fueron repetidamente negativos. La ecografía abdominal mostró una vesícula patológica por lo que, ante sospecha de colecistitis, se realizó laparotomía observándose una vesícula normal, y en la superficie hepática una siembra en grano de avena. Ante la sospecha de tuberculosis abdominal se inició tratamiento antituberculoso. Tras una mejoría clínica inicial, el paciente sufrió una broncoaspiración siendo exitus. El estudio histológico del hígado mostró múltiples microfocos de necrosis geográfica, parcheada, distribuidos al azar, de predominio intralobulillar (muy aisladamente periductales), con reacción de células histiocitoides en la periferia, ocasionalmente ocupadas de neutrófilos, linfocitos y algunos eosinófilos, sugestivos de una siembra miliar necrótica de probable etiología inflamatoria/infecciosa, con PCR para *Mycobacterium tuberculosis* positiva.

DISCUSIÓN: Landouzy describió por primera vez en 1908 un paciente con shock séptico secundario a una infección tuberculosa diseminada. Desde entonces se han descrito 7 casos de esta patología en pacientes inmunocompetentes. Los pacientes pueden presentar fracaso multiorgánico, distrés respiratorio, pancitopenia, coagulopatía intravascular diseminada, síndrome hemofagocítico y shock refractario a tratamiento con vasopresores. La mortalidad se aproxima al 100%, ya que en la mayoría de los casos el diagnóstico se realiza post mortem. Se piensa que el lipoarabinomano de *M. tuberculosis* es capaz de inducir una hiperproducción del TNF- α , responsable del rápido deterioro de los pacientes.

CONCLUSIONES: La tuberculosis puede presentarse como un cuadro infeccioso agudo, en forma de sepsis grave o shock séptico, por lo que en pacientes en los que los cultivos convencionales sean negativos, debería incluirse en el diagnóstico diferencial. La mortalidad de estas formas clínicas es elevada, aún a pesar de tratamiento antituberculoso, ya que suele existir retraso diagnóstico.

SIADH CAUSADO POR CISTOADENOMA DE OVARIO

Rodríguez Gómez A, Villaverde I, Martínez Vidal A, Argibay A, Gómez Sousa J, Rivera A, Freire MC, Sopena B.

COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE VIGO

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: El síndrome de secreción inadecuada de ADH (SIADH) es la causa más frecuente de hiponatremia tras los fármacos. Se caracteriza por un trastorno de la excreción urinaria de agua secundario a una incapacidad de supresión en la producción de ADH. Entre las causas de SIADH se encuentran la afectación del SNC, fármacos, patología pulmonar, endocrina y tumoral. El objetivo es presentar un caso de SIADH secundario a un cistoadenoma de ovario, asociación que no ha sido descrita hasta la actualidad.

MÉTODOS: Presentación de un caso clínico y revisión de la literatura.

RESULTADOS: Se trata de una mujer de 87 años, con funciones superiores conservadas, antecedentes de HTA, vértigo, síndrome ansioso-depresivo a tratamiento con Sertralina, masa quística anexial izquierda desde 2009 y colecistectomizada. Ingresó por dolor abdominal con náuseas sin alteraciones en el hábito intestinal. La notaban algo más despistada. En la exploración física estaba consciente y orientada, sin datos de deshidratación; auscultación cardio-pulmonar normal; abdomen doloroso a la palpación en región infraumbilical y fosa iliaca izquierda con sensación de masa, el resto normal. En la analítica una anemia normocítica (Hb 9 g/dl) crónica y un sodio de 118 mmol/L. El TC abdominal mostró isquemia mesentérica y la masa conocida. Con medidas conservadoras evolucionó satisfactoriamente de su problema abdominal pero mantuvo niveles bajos de sodio, osmolaridad plasmática baja (246 mOsmol/kg), sodio urinario elevado (54 mmol/L) y osmolaridad urinaria (339 mosmol/kg) prácticamente normal. La función renal fue normal, el cortisol basal de 24.2 µgr/100ml, TSH 1.26. Se pensó en un SIADH por fármacos y se suspendió la sertralina, persistiendo sodio bajo, osmolaridad plasmática baja y osmolaridad urinaria prácticamente normal. Respondió parcialmente a restricción hídrica y rápidamente a Tolvaptam. Descartadas las demás posibilidades se consideró el tumor de ovario como causa posible de SIADH. Los niveles de ADH por radioinmunoensayo previos a la cirugía fueron de 3.9 pgr/ml (1-5 pg/ml) inadecuados para un sodio de 118 mmol/L. Se sometió a laparoscopia y anexectomía bilateral. La histología fue compatible con un cistoadenoma seroso de ovario. Tras la intervención los niveles de ADH y de sodio se normalizaron (135 mEq/L) sin otras medidas. A los 2 meses, mantenía una natremia de 140 mEq/L, estaba asintomática y no ha vuelto a precisar tratamiento.

DISCUSIÓN: En una revisión de la literatura hasta la actualidad están publicados tan sólo 5 casos de SIADH secundario a tumores ováricos. Eran teratomas inmaduros 3 de ellos (60%) y 2 carcinomas. El nuestro es el primer caso de cistoadenoma de ovario.

CONCLUSIONES: El SIADH está descrito como cuadro paraneoplásico endocrinológico en múltiples tumores entre los que excepcionalmente se encuentra el de ovario. En ocasiones son la primera manifestación del tumor incluso meses antes, por lo que algunos autores recomiendan la exploración ginecológica en toda mujer con SIADH sin causa justificada.

EDEMA NEUROGÉNICO PULMONAR

González-González L, Lamas JL, Novoa L, Arca A, Rodríguez M, Álvarez Judith, De la Fuente J.

HOSPITAL POVISA

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: El edema neurogénico post-ictal fue descrito por primera vez en 1908 por Shanahan, desde entonces pocos casos se han comunicado. Consiste en un aumento de los fluidos alveolares y del intersticio pulmonar debido a una alteración del SNC. A menudo se confunde con la forma aguda del síndrome de distress respiratorio pero su fisiología y pronóstico son muy diferentes. Se presenta en minutos u horas de una lesión severa del SNC con una resolución completa a los pocos días. El síntoma más frecuente es la disnea. En la exploración física destaca taquipnea, taquicardia, crepitantes, tos. En la placa de tórax típicamente aparece una silueta cardíaca normal con infiltrado alveolar que a veces simula fallo cardíaco. Su patogenia no está clara pero se cree que está relacionada con un incremento de la presión intracraneal seguido de vasoconstricción pulmonar y aumento del retorno venoso al corazón así como liberación de sustancias que aumentan la permeabilidad de los capilares pulmonares.

MÉTODO: Descripción de un caso y revisión de la literatura.

RESULTADOS: Varón de 15 años con epilepsia y mal cumplidor de tratamiento domiciliario (ácido valproico y etosuximida) que presentó crisis epiléptica tónico-clónica con caída y traumatismo en hombro derecho y mordedura de lengua con recuperación progresiva total encontrándose asintomático hasta cinco horas después. Comienza con tos, expectoración hemoptoica y dificultad respiratoria progresiva. En la exploración física destacaba la presencia de crepitantes en ambos campos pulmonares, taquipnea y saturación de oxígeno de 75%. Se realizó radiografía de tórax en la que se observaban opacidades difusas y TC torácico en el que se veía aumento de densidad difuso con patrón vidrio deslustrado y engrosamiento de los septos interlobulillares en lóbulos superiores con un patrón en empedrado y áreas más sólidas con incipiente consolidación en los segmentos posteriores de ambos lóbulos inferiores. Se comenzó tratamiento esteroideo y antibiótico de amplio espectro así como soporte ventilatorio y traslado a UCI con mejoría progresiva en las horas sucesivas y rápida resolución radiológica encontrándose asintomático a las 36 horas. La presentación clínica y su rápida resolución no es compatible con un broncospasm, tampoco se detectó cardiopatía (ECG y ecocardiograma normal) que justificara dichos hallazgos, la hemorragia alveolar parece poco probable y todos los estudios de inmunidad e hipercoagulabilidad resultaron negativos. Se diagnóstico al paciente de edema neurogénico post-ictal y se dio de alta a los 5 días del ingreso con tratamiento antimicrobial supervisado encontrándose asintomático desde hace 2 meses.

CONCLUSIONES: El edema pulmonar neurogénico asociado a crisis epilépticas es una entidad poco frecuente, pero es necesario conocer esta entidad para que exista la sospecha ante el desarrollo de insuficiencia respiratoria brusca después una crisis o durante un status epiléptico.

SÍNDROME DE SWEET INDUCIDO POR TRIMETOPRIN-SULFAMETOXAZOL

Santamaría A, Pérez-Villar MV, Villaverde I, Martínez-Vidal A, Rodríguez-Gómez A, Sousa Domínguez A, Lorenzo R, Soto A, Gómez-Sousa J, Argibay AB.

HOSPITAL XERAL DE VIGO

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: El Síndrome de Sweet (SS) es una entidad inflamatoria infrecuente, también conocida como dermatosis neutrofílica febril aguda. Suele observarse en tres situaciones clínicas: la forma clásica, precedida por infecciones del tracto respiratorio, asociada a enfermedad intestinal inflamatoria o a embarazo; la asociada a cáncer (sobre todo de tipo hematológico) y la inducida por fármacos (especialmente en pacientes tratados con factor estimulante de colonias de granulocitos). El objetivo es presentar un caso de SS inducido por Trimetoprin-Sulfametoxazol (TMP/SMX).

MATERIAL Y MÉTODO: Presentación de un caso clínico y revisión de la literatura.

RESULTADOS: Varón de 68 años hipertenso a tratamiento médico, que acudió a Urgencias por fiebre de 38°C de 2 días de evolución, asociado a lesiones cutáneas eritematosas no pruriginosas, que se iniciaron en cabeza y progresaron hacia la parte superior del tórax y ambas manos (incluidas palmas). En la exploración física presentaba buen estado general, con lesiones pápulo-eritematosas en forma de diana y en anillo, localizadas en cara, cuero cabelludo, tronco (más intentas en espalda) y manos, sin lesiones a nivel genital. En la analítica destacaban reactantes de fase aguda elevados, así como serologías para VHB, VHC, VIH, Lúes y Herpes virus negativos. La radiografía de tórax fue normal. Reinterrogando al enfermo refería leve catarro por lo que había comenzado a tomar 4 días antes Bronquidiazina (bálsamo de tolu, bromhexina, benzoato de sodio y TMP/SMX), suministrado sin receta médica. Se realizó punch cutáneo cuya histología describía intenso edema en dermis papilar e infiltrado inflamatorio polimorfo, linfoplasmocitario, con frecuentes neutrófilos, perivascular e intersticial. Desde el ingreso, el paciente no recibió TMP/SMX, con resolución de las lesiones cutáneas en menos de 1 semana sin tratamiento específico y permaneciendo afebril. Con estos datos se realizó el diagnóstico de SS.

CONCLUSIONES: El SS se caracteriza por una constelación de síntomas, signos y hallazgos histológicos que incluyen fiebre, neutrofilia, lesiones eritematosas cutáneas dolorosas e infiltrado inflamatorio difuso constituido fundamentalmente por neutrófilos maduros localizado en dermis superior. Es una entidad infrecuente, la inducida por fármacos en particular, representando menos del 5%. Sólo se han descrito 5 casos por TMP/SMX en la literatura. Nuestro caso cumplía criterios de SS inducido por fármacos, los tres mayores (fiebre, lesiones cutáneas y biopsia compatible) y los 2 menores (relación temporal entre la toma del fármaco y la aparición de las lesiones, y su resolución en forma espontánea tras la suspensión, sin presencia de recidivas. En conclusión, el SS ha de tenerse en cuenta en el diagnóstico diferencial ante la aparición brusca de pápulas, placas o nódulos eritematosos, y realizar una adecuada historia clínica, que en muchas ocasiones puede dar la clave del diagnóstico.

PERICARDITIS CONSTRICTIVA POST-CIRUGÍA CARDIACA: TAMBIÉN EN LOS CASOS EXCEPCIONALES, LA ADECUADA HISTORIA CLÍNICA ES DECISIVA

Vázquez-Trillanes C, Villaverde Álvarez I, Argibay A, Soto Peleteiro A, Gómez Sousa J, Freire Dapena M, Sopería Pérez-Argüelles B, Rivera Gallego A.

H. XERAL DE VIGO- CHUMI

INTRODUCCIÓN: La pericarditis constrictiva post-cirugía cardíaca (PCP) es una entidad rara. Se estima que sólo un 0.2-0.3% de las cirugías cardíacas desarrollan esta complicación, pero resulta fundamental tenerla presente ante la aparición de disnea o fallo cardíaco en cualquier momento tras la cirugía ya que es potencialmente mortal sin no se realiza pericardiectomía. Los 3 pilares para su diagnóstico son: sospecha clínica, demostración de constricción (fundamentalmente, ecocardiograma) e imagen que muestre pericardio engrosado (TC, RM).

OBJETIVO: Resaltar la fiabilidad y rentabilidad de la adecuada historia clínica frente a las pruebas complementarias.

MATERIAL Y MÉTODO: Presentación de un caso clínico.

RESULTADOS: Un varón de 61 años, delineante, ingresó en mayo/2011 diagnosticado de TEP agudo. 3 meses antes se había intervenido de resección de tumor fibroso pleural benigno que precisó resección de pericardio e implante de neopericardio bovino. A las 6 semanas empezó a notar edemas en tobillos y disnea de esfuerzo por lo que le pautaron furosemida oral pero 2 semanas después acudió a Urgencias por empeoramiento. El ECG mostró taquicardia sinusal y muy bajos voltajes del QRS. Una angio-TC pulmonar descartó TEP y evidenció ocupación de la cavidad torácica izquierda, esperable como cambio postquirúrgico, y derrame pleural derecho. Se pautó furosemida de nuevo. 3 semanas después acudió de nuevo a Urgencias y una nueva angio-TC mostró TEP en arterias lobares derechas y dos áreas de infarto pulmonar, el pericardio era normal. Ingresó en nuestro servicio con anticoagulación y furosemida a dosis altas. Tenía TA 90/50mmHg, 100 latidos por minuto, saturación de O2 97% y estaba afebril. Tenía ingurgitación venosa yugular, hepatomegalia y signos de ascitis y edemas con fovea generalizados. En la auscultación, hipofonosis en hemitórax izquierdo, mínimos crepitantes derechos; sin soplos, ni roce. Se realizaron 3 ecocardiogramas, 1 transesofágico, por 2 exploradores, y no se evidenciaron signos de constricción ni de afectación pericárdica. A los pocos días presentó encefalopatía con flapping y fetor hepático. El inicio de la clínica a las 6 semanas de la intervención y la encefalopatía hepática sugerían un diagnóstico alternativo al TEP, y el ECG apoyaba la sospecha de PCP, por lo que, a pesar de la negatividad repetida del ecocardiograma para constricción y de la TC para engrosamiento

pericárdico, se solicitaron RM cardiaca y cateterismo que confirmaron PCP. Se realizó una pericardiectomía en junio/2011 que resolvió el fallo cardiaco. A los 2 años de seguimiento el paciente seguía asintomático.

CONCLUSIONES: Debe sospecharse PCP ante un paciente con disnea o fallo cardiaco derecho en cualquier momento después de la cirugía. Ante un caso excepcional como este, la adecuada historia clínica es fundamental para mantener la sospecha diagnóstica a pesar de la negatividad de las pruebas complementarias.

HIPOGLUCEMIA COMO EFECTO ADVERSO INUSUAL DE LEVOFLOXACINO EN PACIENTE DIABÉTICO EN TRATAMIENTO CON ANTIDIABÉTICO ORAL

Puerta Louro RB, González Vázquez L, Fernández Fernández FJ, Sanjurjo Rivo A, González González L, Valle Feijoo ML, Araujo Fernández S, Arca Blanco A, De La Fuente Aguado J
POVISA. VIGO.

INTRODUCCIÓN: El levofloxacino desde su introducción en la guía de medicamentos ha sido ampliamente utilizado en el tratamiento de los procesos infecciosos en los servicios de Medicina Interna. Se han descrito la aparición de efectos secundarios y reacciones adversas destacando los afectan al tracto gastrointestinal (náuseas, vómitos, diarrea) por su frecuencia, elevación de enzimas hepáticas, reacciones dermatológicas y fototoxicidad, neurológicas (mareos, insomnio, alteraciones del humor, convulsiones), cardiovasculares (alargamiento del QT y arritmias), condrototoxicidad (rotura tendón de aquiles) y genotoxicidad (contraindicados en embarazo y lactancia). Si bien también se recomienda monitorizar INR en pacientes anticoagulados con vitamina K (algo que se realiza de forma habitual) también se menciona la necesidad de vigilar la glucemia en pacientes con hipoglucemiantes. Presentamos el caso clínico de un paciente de 86 años de edad que acude a nuestro centro por 2 episodios de alteración del comportamiento en las últimas 24 horas, relacionados con hipoglucemias de 45 mg/dl que precisó administración de glucosa intravenosa en centro de salud. Entre sus antecedentes personales destacaba diabetes mellitus tipo 2, HTA y dislipemia. Recibía tratamiento con metformina 850 mg (desayuno y cena), glibenclamida 5 mg (0,5 en desayuno, comida y cena), fenofibrato 145, candesartan 32, amlodipino 10 y esomeprazol. Desde hacía 5 días recibía tratamiento con levofloxacino por úlcera en cara externa de articulación metatarsal de pie derecho. Durante ingreso hospitalario se realizaron pruebas complementarias que incluyeron análisis que evidencia valores de hemoglobina de 11.6 g/dL, V.C.M.: 82.2 fL, plaquetas 307 x10⁹/mm³ y glucosa 140 mg/dL (tras infusión de glucosa en ambulancia), Urea 86.0 mg/dL, creatinina 1.40 mg/dL, Na: 146.0 mmol/L, K: 4.84 mmol/L, además de una hemoglobina glicosilada (HbA1c) de 6.80 %. Durante su estancia hospitalaria se suspendió tratamiento hipoglucemiante con normalización de cifras de glucemia. Se remite a domicilio suspendiéndose tratamiento con glibenclamida y pendiente de completar tratamiento antibiótico con levofloxacino.

COMENTARIOS: Si bien tras iniciar tratamiento con levofloxacino las reacciones adversas más habituales, como las gastrointestinales o más graves como las neurológicas, cardiovasculares y las roturas tendinosas, suelen estar presentes en comunicaciones y revisiones, no debemos olvidar aquellas que menos frecuentes pero graves pueden aparecer como la hipoglucemia en aquellos pacientes diabéticos con hipoglucemiantes.

MENINGOENCEFALITIS AGUDA POR STREPTOCOCCUS SUIIS TRAS SALAZÓN DE CARNE PORCINA

Enriquez Gómez H., Fernández Fernández F., Araujo Fernández S., Rodríguez Arias M., Álvarez Otero J., De la Fuente Aguado J.

HOSPITAL POVISA

INTRODUCCIÓN: El Streptococcus suis tipo 2 es un germen grampositivo y anaerobio facultativo, frecuentemente hallado como saprofito en cerdos, donde causa múltiples infecciones. La infección en humanos fue descrita en 1968. En la mayoría de los infectados existe contacto reciente con ganado porcino o sus derivados crudos. La meningitis aguda es la presentación más frecuente (75-85%), aunque se han descrito casos de bacteriemia, espondilodiscitis, artritis, endocarditis, o aneurismas micóticos.

OBJETIVOS: Descripción de las características clínicas, tratamiento y evolución de un caso de meningoencefalitis aguda por S. suis diagnosticado en el Hospital Povisa en diciembre de 2012.

RESULTADOS: Varón de 64 años, hipertenso, bebedor de 40 gramos de etanol/día y antecedentes de artritis reactiva en el 2009, que acude al servicio de Urgencias por 4 días de evolución de dolor cervical, fiebre y escalofríos, y en las últimas 24 horas alteración del comportamiento y desorientación. Unas 48 horas antes del inicio del cuadro había estado en una "matanza de cerdo" y manipulado la carne para su salazón. En Urgencias sufre deterioro del nivel de conciencia y agitación psicomotriz. Presentaba febrícula (37.7°C), HTA (150/93 mmHg), FC de 77 lpm, sat. O2 basal del 98%, Glasgow=9, agitación psicomotriz, rigidez de nuca y signos de Kernig y Brudzinski positivos. El hemograma, bioquímica y coagulación, ECG, radiografía de tórax y TC cerebral fueron normales. Con la sospecha de meningoencefalitis aguda se realizó punción lumbar, con un líquido purulento, con 7395 células y predominio neutrófilo, glucorraquia de 1 mg/dl (177 mg/dl de glucemia), hiperproteinorraquia de 533 mg/dl y lactato de 18.7 mmol/l. En el gram del LCR se observaban células polimorfonucleares y un diplococo positivo. Ingresó inicialmente en la UCI para manejo de la agitación psicomotriz con tratamiento sedante. Se inició terapia empírica con vancomicina y ceftriaxona. En el cultivo del LCR creció S. suis serotipo 2 resistente a azitromicina, eritromicina, clinda-

micina y tetraciclinas. Se suspendió la vancomicina y se completó tratamiento con ceftriaxona durante 2 semanas. La evolución clínica fue favorable, aunque presentó como secuela hipoacusia bilateral con cofosis izquierda e inestabilidad de la marcha, todo ello en relación con laberintitis izquierda postmeningitis diagnosticada tras valoración ORL. RM de conducto auditivo interno y audiometría. Se inició, por dicho motivo, tratamiento con prednisona 30 mg/día y posterior descenso progresivo, con mejoría sintomática, aunque con persistencia de inestabilidad y sin recuperación de la audición.

CONCLUSIONES: La mortalidad por meningitis por S. suis es baja (7-9%). Sin embargo, en más del 50% de los casos persisten secuelas en forma de hipoacusia grave y lesión vestibular. Aunque la incidencia continúa siendo baja, debemos incluir a este patógeno en el diagnóstico diferencial de pacientes expuestos a ganado porcino o a sus derivados crudos, pues un tratamiento precoz es clave para evitar sus secuelas.

DÉFICIT DE ALFA-1 ANTITRIPSINA: UNA CAUSA EXCEPCIONAL DE PANICULITIS

Rodríguez Gómez A., Vázquez-Trifanés C, Villaverde I., Martínez Vidal A., Alonso M., Freire Dapena M., Sopena Pérez-Argüelles B, Rivera Gallego A.

H. XERAL DE VIGO-CHUMI

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: El déficit de Alfa-1 Antitripsina (Alfa-1AT) es un trastorno hereditario autosómico codominante que puede condicionar enfisema o bronquitis crónica en la tercera y cuarta década de vida. Con menos frecuencia se relaciona con hepatitis neonatal, enfermedad hepática crónica o, excepcionalmente, con paniculitis. El objetivo es presentar un caso clínico de paniculitis por déficit de alfa-1AT en un paciente sin afectación pulmonar ni hepática.

MÉTODOS: Presentación de un caso clínico y revisión de literatura.

RESULTADOS: Se trata de un varón de 45 años, empresario, con antecedentes de tuberculosis tratada en la infancia y diarrea crónica no inflamatoria. Acudió por un cuadro de 4 meses de evolución de nódulos subcutáneos fundamentalmente tras traumatismos, de varios cm de diámetro, dolorosos, con piel eritematosa y caliente que se resolvían en días y reaparecían en otra localización, sobre todo muslos, brazos y glúteos. No tenía fiebre ni otros datos de autoinmunidad, tan sólo refería astenia y pérdida de peso que relacionaba con estrés. La exploración física excepto por los nódulos era rigurosamente normal. Se realizaron hemograma, bioquímica, coagulación, PCR y VSG que fueron normales, ANAs por ELISA, serologías VHB, VHC, VIH, Lúes y Mantoux negativos. Radiografía de tórax y ecografía abdominal normales. La biopsia fue compatible con paniculitis de predominio lobulillar sin vasculitis ni granulomas. Con estos resultados, se añadieron a las pruebas ENA, anti-DNA, ANCA, ASLO, función tiroidea, proteinograma, ECG y TC tórax-abdominal que fueron normales. Excluidas las causas más frecuentes de paniculitis lobulillar, solicitamos alfa-1AT que mostró valores inferiores a la normalidad (68mg/dl) con fenotipo MZ (genotipo: gen P1*S no mutado; gen P1*Z mutado en heterocigosis). Se diagnosticó de una paniculitis por déficit de alfa-1AT. Las pruebas de función respiratoria y el perfil hepático fueron normales. Se recomendó evitar factores de riesgo para enfermedad pulmonar y hepática, consejo genético y Dapsona en caso de recidivas. La paniculitis por déficit de alfa-1AT es la manifestación extrapulmonar más infrecuente de la enfermedad. Están descritos 45 casos en la literatura, la mayoría con enfisema o afectación hepática. Se caracteriza por nódulos o placas dolorosas en extremidades proximales, nalgas, tronco y cara. En ocasiones se ulceran y drenan una sustancia oleosa, dejando cicatriz. El 35% recuerdan un traumatismo previo. El diagnóstico se basa en la biopsia cutánea y niveles de alfa-1AT con fenotipo o genotipo. Se puede hacer tratamiento con Dapsona o sustitutivo con alfa-1AT en los casos más graves.

CONCLUSIONES: Debemos sospechar una paniculitis por déficit de alfa-1AT en aquellos pacientes con antecedentes familiares de paniculitis o personales de afectación pulmonar y/o hepática, sin embargo, aunque es poco frecuente, puede ser la única manifestación clínica de la enfermedad

HISTIOCITOSIS DE CÉLULAS DE LANGERHANS: UN DIAGNÓSTICO INFRECUENTE

Enriquez Gómez H., Fernández Fernández F., Araujo Fernández S., Novoa Lamazares L., Arca Blanco A., De la Fuente Aguado J.

HOSPITAL POVISA

INTRODUCCIÓN: La histiocitosis de células de Langerhans es un trastorno histiocítico poco frecuente, caracterizado por lesiones óseas simples o múltiples con infiltración de histiocitos, acompañadas o no de infiltración extrasquelética (más frecuentemente piel, pulmones, ganglios linfáticos, hígado, bazo, médula ósea y SNC). Las células infiltrativas derivan de células dendríticas mieloides con morfología e inmunofenotipo similar al de las células de Langerhans de la piel y mucosas (CD1a y CD207). OBJETIVOS: Describir las características clínico-patológicas de la HCL, basándonos en un caso diagnosticado en nuestro hospital.

RESULTADOS: Un varón de 18 años acude a consultas externas de Traumatología en agosto de 2012 por dolor lumbar de 4 años de evolución de carácter mecánico y que le dificulta el sueño. Como antecedentes personales destacan que es fumador de 5 cigarrillos/día, bebedor esporádico y síndrome faceterario de L5 diagnosticado en 2009 tras evaluación en Traumatología que incluyó gammagrafía ósea. Se solicita TC lumbar, que evidencia incipientes cambios degenerativos interapofisarios en L3-L4 derecha y L4-L5 bilateral. En análisis se observa elevación de reactantes de fase aguda: VSG 88 mm/h y PCR 2.93 mg/dL. Ante estos datos, y el claro empeoramiento del dolor, se solicita RM lumbar, que evidencia

lesión tumoral en el pedículo y láminas del lado derecho de L2 que rompe la cortical, con aumento de partes blandas y áreas de calcio en su interior, compatible con osteblastoma u osteosarcoma, por lo que se decide ingreso hospitalario. En el último mes presentaba tos sin expectoración, hipoxemia y pérdida de peso no cuantificada. Se completa estudio mediante TC tóraco-abdominal, en el que se aprecia un patrón intersticial bilateral con formación de quistes de predominio en lóbulos superiores y una lesión lítica en pedículo de L2, compatible con HCL. Se realiza broncoscopia con biopsia transbronquial, que muestra áreas cavitadas psudoquisticas con infiltrados linfohistiocitarios positivos a CD1a y S100, compatible con HCL. El paciente evolucionó favorablemente con tratamiento sintomático y abandono del tabaco, con mejoría del dolor y de las alteraciones de imagen, y disminución de los reactantes de fase aguda. Actualmente se encuentra a seguimiento en Hematología.

CONCLUSIONES: La etiopatogenia de la HCL es desconocida. Se postulan 2 hipótesis: que se trate de un proceso reactivo o de un verdadero proceso neoplásico. Clínicamente se caracteriza por una gran variedad de síntomas dependiendo del órgano afecto. El diagnóstico siempre es histológico, fundamentalmente por biopsia cutánea. El diagnóstico diferencial debe realizarse fundamentalmente con tumores de estirpe ósea y con otros trastornos histiocíticos o dendríticos, así como neoplasias hematológicas como el mieloma múltiple. El abandono del tabaco se ha asociado con mejoría clínica e incluso resolución de las lesiones, principalmente a nivel pulmonar. También se han descritos resoluciones espontáneas aunque con escasa frecuencia.

METÁSTASIS CEREBRAL GIGANTE DE CARCINOMA DE MAMA

Suárez Fuentetaja R., Silva Penas M., Vázquez Vigo R. Martínez Quintanilla M. Iglesias Olleros A. Juega Puig J.

CHUAC

INTRODUCCIÓN: El carcinoma ductal infiltrante es el tipo de cáncer de mama más frecuente, representando el 80%. Metastatiza con frecuencia, principalmente a ganglios axilares, pulmón y hueso; y más raramente a cerebro.

MÉTODOS Y OBJETIVOS: Revisión de la literatura y actitudes médicas a través de la descripción de un caso clínico.

RESULTADOS: Se trata de una mujer de 57 años que como antecedentes personales de interés destaca una tumorectomía de mama derecha por carcinoma ductal infiltrante en 1997, tratada posteriormente con radioterapia y quimioterapia, a seguimiento en consultas externas de Oncología. Actualmente ingresa en el servicio de Medicina Interna por cefalea de larga evolución que se ha intensificado en las últimas semanas, impidiendo las actividades diarias. Es una cefalea continua, holocraneal, pero predominante en región parietal. Así mismo, presentaba dolor constante a nivel lumbar, episodios recurrentes de desorientación temporoespacial y vómitos alimenticios sin cortejo vegetativo acompañante. En la exploración física general no había ningún dato reseñable salvo una marcada prominencia a nivel parietal. La exploración mamaria y de axilas era normal, sin nódulos ni adenopatías. Neurológicamente presentaba inestabilidad a la marcha en tándem, sin evidencia de otra focalidad neurológica. Se realizó un TC tóraco-abdomino-pélvico que evidenciaba múltiples lesiones líticas en vértebras dorsales y lumbares, costillas, ambos coxales, altamente sugestivo de mieloma, sin poder descartar la posibilidad de metástasis óseas y una RMN craneal en Noviembre de 2012 donde se objetiva una voluminosa tumoración heterogénea con focos hemorrágicos y de osificación (110 x 80 x 80 mm), originada en el hueso parietal izquierdo proyectándose en el hueso parietal contra lateral así como a nivel subgaleal. El crecimiento es fundamentalmente intracraneal generando una marcada compresión y desplazamiento del parénquima cerebral subyacente con hernia subfalcial hacia la derecha con focos sólidos hipercaptantes de entre 1 y 2 cm de diámetro difusamente distribuidos por el diploe. (imagen 1, 2, 3, 4). Ante la sospecha de Mieloma múltiple se solicita una analítica con función renal y hematimetría normales, calcio dentro del rango; proteinograma y proteinuria de Bence Jones, ambos sin alteraciones. Con ello podemos decir que nos encontramos ante una baja probabilidad de que la paciente presente un Mieloma múltiple. Para diagnóstico definitivo solicitamos biopsia de la lesión extradural que es informada finalmente como metástasis de carcinoma con criterios morfológicos e inmunohistoquímicos de primario de mama.

CONCLUSIONES: 1. De cara al diagnóstico diferencial siempre hay que echar una vista atrás a antecedentes personales. 2. Las pruebas radiológicas aportan información complementaria, no son diagnósticas.

INFECCIÓN ENDOVASCULAR POR BACILOS GRAMNEGATIVOS: ¿UNA PATOLOGÍA EMERGENTE?

Soto Peleteiro A, Pérez-Rodríguez MT, Martínez-Lamas L (1), Gómez JM, Lorenzo R, Sousa A, Martínez A, Rodríguez A, Alonso M, Villaverde I, Argibay A, Nodar A, Sopena B, Martínez-Vázquez C. HOSPITAL XERAL-CIES. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE VIGO.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: La infección endovascular (endocarditis, infección de dispositivos intracardiacos) está producida fundamentalmente por cocos grampositivos, bacterias del grupo HACEK y hongos. Aunque las bacteriemias por bacilos gramnegati-

vos (BGN) son muy frecuentes, sólo son responsables del 1-4% de casos de infección endovascular.

MATERIAL Y MÉTODO: Presentación de dos casos clínicos y revisión de la literatura.

RESULTADOS: Caso 1: Mujer de 81 años con diabetes mellitus tipo 2 y cardiopatía hipertensiva. Acudió por fiebre de 1 semana de evolución y deterioro del estado general en el mes previo. Refería dos ingresos en las últimas semanas por fiebre y bacteriemia por E. coli, los urocultivos habían sido negativos. Al ingreso presentaba mal estado general, Tª 38,5°C, soplo sistólico mitral y no se detectaron estigmas periféricos de endocarditis. En hemocultivos se aisló nuevamente E. coli. En TC abdominal se visualizó infarto esplénico. Los ecocardiogramas transtorácico y transesofágico demostraron una vegetación mitral de 20mm. Se realizó sustitución valvular por prótesis biológica, siendo el cultivo de la prótesis nativa positivo para E. coli.

Caso 2: Mujer de 85 años con diabetes mellitus tipo 2 y arteritis de la temporal a tratamiento corticoideo a dosis baja. Era portadora de marcapasos por bloqueo A-V desde 2008. En 2011 tras recambio de generador, presentó dehiscencia de la herida y extrusión del marcapasos. Se realizó explantación del generador e implantación de un marcapasos contralateral, quedando los cables del primer marcapasos abandonados. En los meses siguientes, ambas heridas quirúrgicas presentaron, de forma episódica, exudación purulenta, con cultivo recurrente de E. coli. Recibió múltiples ciclos de antibióticos con mejoría temporal. Acudió a urgencias por pico febril, sin otra sintomatología. En hemocultivos se aisló E. coli. Los ecocardiogramas transtorácico y transesofágico no demostraron vegetaciones valvulares ni en los electrodos endocavitarios. Se decidió explantación del marcapasos y de los cables abandonados mediante cirugía cardíaca, implantándose un nuevo marcapasos con electrodo epicárdico. Los cultivos del generador y de los cables fueron positivos para E. coli.

CONCLUSIÓN: La presencia de bacteriemia recurrente por BGN sin foco debe hacernos sospechar la posibilidad de una infección endovascular. Por la demora diagnóstica, en los casos de endocarditis las vegetaciones suelen presentar gran tamaño, lo que obliga en la mayoría de los casos a un tratamiento quirúrgico. Ante infección de dispositivos endocavitarios es necesario retirar todos los elementos para asegurar la curación.

VASCULITIS ANCA POSITIVO: UN RETO DIAGNÓSTICO

Soto Peleteiro A, Villaverde I, Rodríguez-Gómez A, Sousa A, Lorenzo R, Martínez-Vidal A, Gómez-Sousa J, Pérez-Rodríguez MT, Sopena B, Rivera A, Freire M, Argibay AB. HOSPITAL XERAL-CIES. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE VIGO.

INTRODUCCIÓN: Las vasculitis asociadas a anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos (ANCA) comprenden la granulomatosis con poliangeítis (Wegeners; GPA), la poliangeítis microscópica (PM), el síndrome de Churg-Strauss y la vasculitis limitada al riñón. La afectación renal en forma de glomerulonefritis es frecuente, llegando a presentarse en el 85% de los pacientes diagnosticados de GPA/PM. El objetivo del caso es destacar la dificultad diagnóstica en ausencia de clínica sistémica.

MATERIAL Y MÉTODO: Presentación de un caso clínico y revisión de la literatura.

RESULTADOS: Mujer de 62 años, con antecedentes de hipertensión y cáncer de mama en remisión. Fue valorada 2 meses antes por febrícula y molestias abdominales leves con tira de orina positiva, recibiendo varias tandas de antibiótico sin mejoría. No refería clínica respiratoria, digestiva ni urinaria acompañante. La exploración física era anodina. Analíticamente destacaba: urea 113 mg/dl, creatinina 2.69 mg/dl, anemia normocítica normocrómica, PCR 119 mg/l, VSG 105 mm/h y sedimento urinario con proteínas 0.7 g/L, sangre 1 mg/dL (50-70 hematíes por campo). Desde planta se descartaron cuadros infecciosos y neoplásicos (hemocultivos, urocultivo, serologías, ecocardiograma, radiografía de tórax, ecografía abdominal, mamografía y gastroscopia sin alteraciones) así como causas de piuria estéril. Ante sedimento urinario activo persistente con cilindros y hematíes dismórficos y empeoramiento progresivo de la función renal (creatinina de 4.1 mg/dl), se sospechó vaculitis renal (no afectación pulmonar ni de senos clínicamente que se corroboró con pruebas radiológicas). La autoinmunidad fue positiva patrón p-ANCA (título >1/640) con anticuerpos mieloperoxidasa positivos (MPO-ANCA 4.99) y la biopsia renal mostró glomerulonefritis necrotizante segmentaria y focal con proliferación extracapilar y fibrocelular en más del 50% de los glomérulos, compatible con glomerulonefritis paucimmune. Se inició tratamiento de inducción para PM con bolos de metilprednisolona y ciclofosfamida en pulsos según directrices del EUVAS. La evolución fue satisfactoria, con normalización de los reactantes, desaparición de la fiebre y el síndrome general y mejoría de la función renal (creatinina al alta de 1.5 mg/dl).

CONCLUSIONES: Las vasculitis ANCA positivas suelen cursar con síndrome general y pueden presentar otras manifestaciones clínicas como son afectación de la vía aérea alta y baja, renal (un 50-66% evoluciona a insuficiencia renal crónica terminal) y cutánea. Si la forma de presentación, como en nuestro caso, es una hematuria asintomática con proteinuria subnefrótica, es necesario la sospecha clínica para el diagnóstico y tratamiento precoz. El estudio de autoinmunidad es útil en el diagnóstico y con mayor frecuencia se asocian los antiMPO a la PM y los antiPR3 a GPA. Para establecer el diagnóstico definitivo, es necesaria la biopsia del órgano afecto (renal, cutánea o pulmonar) siempre que sea posible su obtención.

Índice de autores

XXX Congreso de la Sociedad Gallega de Medicina Interna

A

Abeledo C	74, 79, 80
Alberto Fernández	90
Alende Castro V	87
Alonso M	82, 91, 96, 97
Alonso Mesonero D	73
Alonso Parada M	91, 92, 93, 94
Alonso Troncoso Isabel	88
Álvarez Asensio E	88
Álvarez Buylla M	90
Álvarez Díaz H	73
Álvarez Fernández M	92
Álvarez J	80, 82, 83, 86, 88
Álvarez Judith	84, 95
Álvarez Otero J	96
Álvarez Rodríguez P	89
Alvela Suárez L	73, 74
Alves ED	76, 85, 88
Anibarro Luis	76, 85, 88
Antúnez Jorge E	73
Araújo Fernández S	80, 86, 96
Arca Blanco A	80, 82, 83, 84, 86, 87, 95, 96
Argibay Filgueira AB	82, 91, 92, 94, 95, 97
Arrojo Alonso F	90
Asensio P	81, 84

B

Balínas J	76
Balo Araújo S	85, 86
Barbagelata López C	77, 80, 90
Bermúdez Sanjurjo JR	87
Boado Martínez M	88
Brea Aparicio R	88
Buño Ramilo B	77, 80

C

Caiñzos Romero T	75, 78, 80, 81, 83, 90
Cano Jiménez E	76
Castelo Corral LM	73, 80, 82
Castro A	76
Castro J	73
Castro S	76
Cerqueiro JM	74, 79, 80
C Fernández FJ	85
Chamorro Fernández AJ	73, 82, 83, 84, 89
Cimas I	88
Clavero E	90
Corredoira Sánchez J	78

D

De Isusi AM	84
De La Fuente Aguado J	75, 78, 80, 82, 83, 84, 86, 87, 88, 95, 96
De La Fuente S	74
De la Iglesia F	80, 82
Del Pozo M	78
Del Valle Sánchez M	73
De Toro Santos JM	83, 84, 85, 89
Díaz JL	79
Díaz López MD	89
Díaz Peromingo JA	85, 86, 87
Durán Muñoz O	87

E

Enríquez Gómez H	80, 86, 87, 96
Estévez Alfredo	90

F

Fariña Sarasqueta S	88
Fernández Bouza E	77, 80, 90
Fernández Fernández FJ	83, 87, 96
Fernández González A	85
Fernández I	84
Fernández Regal I	83, 84, 85, 89
Fernández Rodríguez CM	73
Fernández Soneira MJ	87
Fernández Villaverde A	78
Ferreira González L	79, 89
Fiaño C	93
Freire Dapena M	92, 93, 95, 96
Freire MC	75, 78, 79, 82, 86, 89, 91, 93, 94, 95, 97
F Rodríguez R	85

G

Gallego Barbachano I	92
García Alén D	73, 75, 77, 78, 80, 81, 83, 90
García García JC	85, 88
García Rodríguez JF	73
García Suárez MF	85, 86
Gayol Fernandez MC	85
Gómez Buela I	73, 75, 77, 78, 80, 81, 83, 90
Gómez Dovigo A	88
Gómez García S	86
Gómez Sousa JM	82, 91, 92, 93, 94, 95, 97
Gonzalez C	90
González González L	84, 93, 95, 96
González LC	83
González Lucía	90
González Mediero G	75
González Quintela A	74, 75, 87
González Vázquez L	75, 78, 87, 96
Gonzalez Vilarinho V	81
Grupo Wernicke SEMI	73
Guerra Vázquez JL	81
Guillén C	90

I

Iglesias Gallego M	85, 86
Iglesias Olleros A	88, 97
Íñiguez Vázquez I	74, 76, 77, 78, 81, 85
Isorna Porto MJ	73, 76

J

Javier de la Fuente	90
Jiménez JL	84
Jose Luis Lamas	90
Juega Puig J	88, 90, 97
Justo Firvida E	88
Justo MI	79

L

Lamas Ferreiro JL	84, 87, 95
Lijó Carballada C	73, 75, 77, 78, 80, 81, 83, 90
Linares Mondejar P	73
López Castro J	73
López M	83, 88
López Mato P	83, 84, 85, 89
Lopez Mourinho VM	88
López P	84
López Reboiro ML	74, 76, 77, 78, 81, 85
López S	76
López Vázquez MD	83
Lorenzo Carrero J	78
Lorenzo Castro R	75, 82, 91, 92, 93, 94
Lorenzo JR	88
Lorenzo ML	74, 79, 80
Lorenzo R	79, 82, 86, 89, 95, 97

M

Macía Rodríguez C	87
Mañño Callejo A	73, 75, 78, 81, 83
Mañón Otero B	87
Martínez A	97
Martínez Braña L	75, 87
Martínez Lamas L	92, 94, 97
Martínez Quintanilla M	88, 97
Martínez Vázquez C	78, 82, 86, 89, 91, 92, 94, 97
Martínez Velado E	88
Martínez Vidal AI	75, 78, 79, 82, 86, 89, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97
Mateo Mosquera L	75, 87
Matesanz Fernández M	74, 76, 77, 78, 80, 81, 85
Mejide H	81, 84
Mella Pérez C	77, 80, 90
Mena A	76, 81, 84
Miguez Rey E	73
M Malmierca N	79
Molinos Castro S	85, 86
Monteagudo Sanchez B	88
Monte Secades M	81
Monte Secades R	77
Moreno JA	81, 84, 90
Moreno L	79
Mouronte Roibás C	92

N

Naveiro Soneira JJ	85, 86
Nicolás R	80, 82
Nodar A	82, 94, 97
Nodar Germiñas A	92
Novoa Lamazares L	80, 82, 83, 84, 86, 87, 95, 96
Novo Veleiro I	74
Núñez Fernández JM	85, 88
Núñez M	76

O

Otero Alvarin E	88
-----------------	----

P

Padín Paz EM	85, 86
Paradelo A	82
Pastor Rubín de Celis E	79, 89
Paño A	88
Paz Ferrín JM	87
Paz JM	80, 82, 86
P Carral O	85
P Carral V	85
Pedreira JD	76
Pedros Cuadrillero MJ	85, 88
Pena A	76
Penado S	80, 82
Penas JL	79
Pérez Carral V	83, 89
Pérez del Molino ML	75, 85, 86
Pérez Rodríguez MT	82, 91, 92, 94, 97
Pérez Villar MV	84, 95
Pernas B	76, 80, 82
Pesqueira Fontán PM	85
Piñeiro Fernández JC	74, 76, 77, 78, 79, 81, 85
Polvorosa Gómez MA	73
Porteiro J	81, 84
Pose Reino A	74
Puerta Louro RB	75, 83, 87, 96

R

Rabuñal Rey R	74, 77, 85
R Alvarez P	85
Ramos Merino L	73
Ramos V	80, 82
Rios Prego M	85, 88
Rivera Gallego A	75, 78, 79, 82, 86, 89, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97
Rodríguez A	97
Rodríguez Álvarez P	83
Rodríguez AP	84
Rodríguez Arias M	87, 96
Rodríguez Fernandez S	85
Rodríguez Framil M	85, 86
Rodríguez Gómez A	75, 78, 82, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97
Rodríguez Gómez AM	91, 92
Rodríguez I	76, 80
Rodríguez M	80, 82, 86
Rodríguez M	84, 95
R Osorio I	79
Ruanova S	79
Rubal Bran D	74, 76, 77, 78, 80, 81, 85

S

Saborido J	79
Sanchez P	86
Sánchez Sobrino Paula	88
Sánchez Trigo S	75, 77, 78, 80, 81, 83, 90
Sánchez Vidal E	73
Sanjurjo Rivo A	80, 82, 86, 96
Santamaría A	92, 95
Santomé Couto L	75
Sardina Ferreiro R	73, 75, 77, 78, 80, 81, 83, 90
Seco Hernández E	82, 83, 84, 89
Seoane B	82
Serrano J	80, 81, 82, 84
Sesma Sánchez P	73, 75, 77, 78, 79, 80, 81, 83, 89, 90
S Hernández E	85
Silva Penas M	88, 97
Sineiro Padín E	85, 88
Sopeña Pérez-Argüelles B	75, 78, 79, 82, 86, 89, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97
Soto Peleteiro A	79, 82, 92, 93, 95, 97
Soto Ríos C	75
Sousa Domínguez A	75, 78, 82, 86, 89, 91, 92, 93, 94, 95, 97
Sousa Regueiro D	73
Suárez Fuentetaja R	88, 97

T

Trigás Ferrín M	79, 89
Trigo M	76

V

Valle Feijóo ML	75, 78, 87, 96
Varela Fariña A	84
Varela García PM	85, 86
Vázquez P	76
Vázquez R	76, 79, 80, 82
Vázquez Rodríguez P	73
Vázquez Triñanes C	75, 92, 93, 94, 95, 96
Vázquez Vázquez B	77
Vázquez Vigo R	73, 88, 97
Vega P	79
Ventura Valcárcel P	74, 76, 77, 78, 81, 85
Victoria Fernández C	83
Viejo Rodríguez MA	88
Vilarinho Maneiro L	75, 77, 78, 80, 81, 83, 90
Villaverde Álvarez I	75, 78, 79, 82, 89, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97
Virgós A	90

Normas de publicación

GALICIA CLÍNICA es la revista oficial de la Sociedad Gallega de Medicina Interna (SOGAMI). Se publican 4 números al año, simultáneamente en papel y en www.galiciaclinica.info, incluyéndose en el segundo de ellos las comunicaciones enviadas a la correspondiente Reunión Ordinaria de la SOGAMI.

GALICIA CLÍNICA evaluará para su publicación trabajos médicos relacionados preferentemente con la Medicina Interna y sus subespecialidades, y/o con problemas médicos prevalentes en la Comunidad Autónoma de Galicia.

Se admitirán para evaluación trabajos en castellano, gallego, inglés y portugués.

Para el envío de originales se ha habilitado un formulario en la página web www.galiciaclinica.info. El sistema confirmará la entrega y permitirá consultar el estado del manuscrito. No se aceptaran originales enviados por otros métodos.

El comité editorial, eventualmente con la ayuda de revisores externos, evaluará los trabajos enviados decidiendo si procede su publicación, si es necesario realizar correcciones o si se desestima la publicación. Una vez aceptado, se enviarán al autor las pruebas de imprenta para la corrección de posibles erratas.

Los trabajos reunirán los requisitos de uniformidad habituales en revistas biomédicas. Dichos requisitos se pueden consultar en "Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Writing and Editing for Biomedical Publication, Updated April 2010", disponible en <http://www.icmje.org>. Se recomienda encarecidamente leer en especial la sección "Preparing a Manuscript for Submission to a Biomedical Journal" (http://www.icmje.org/manuscript_1prepare.html) y seguir fielmente sus indicaciones a la hora de redactar el trabajo a enviar.

Se recomienda el empleo de los programas más habituales de edición de texto (Ej., Word) tanto para el texto como para las tablas.

Dado que la mayoría de las páginas se imprimen en blanco y negro, se aconseja evitar en tablas y figuras en la medida de lo posible el uso de colores o tramas que no tengan el adecuado contraste para su identificación.

Las figuras o imágenes se enviarán en archivo aparte, como archivo de imagen (jpeg o similar) o como PDF con una resolución de 300 ppp. a tamaño de impresión definitivo.

La revista presenta las siguientes secciones:

Editoriales

Habitualmente encargados por la dirección de la revista. Su extensión máxima será de 8 páginas de 30 líneas y se admitirá una figura o una tabla y quince citas bibliográficas.

El número máximo de firmantes será de dos.

Originales

Trabajos de investigación sobre cualquier aspecto médico. La estructura general de los trabajos será la tradicional: Título: en el idioma original y en inglés, Resumen y Abstract en inglés, Palabras clave y Key words (que deben corresponder a los medical subjects headings -MESH- del Index Medicus), Introducción, Material y métodos, Resultados, Discusión, Bibliografía

La extensión máxima recomendada del texto es de 20 páginas de 30 líneas, a las que se podrán añadir 5 figuras y 5 tablas, y un máximo de 30 citas bibliográficas.

El número máximo de firmantes será de ocho.

Originales breves

Trabajos de investigación que por sus características no precisan un mayor espacio. Estructura similar a la de los originales. Su extensión máxima será de 10 páginas de 30 líneas, 3 figuras, 3 tablas y 20 citas bibliográficas.

El número máximo de firmantes será de seis.

Revisiones

Habitualmente encargadas por la dirección de la revista. La extensión máxima recomendada del texto es de 30 páginas de 30 líneas, a las que se podrán añadir 6 figuras y 6 tablas, y un máximo de 50 citas bibliográficas.

El número máximo de firmantes será de tres.

Preguntas clínicas

En esta sección se tratará de responder de forma concreta y sucinta a preguntas clínicas concretas que, bien han motivado una controversia, o cuestionan actitudes arraigadas en la práctica diaria. La extensión máxima será de 6 páginas de 30 líneas, dos figuras y dos tablas y 15 citas bibliográficas.

El número máximo de firmantes será de dos.

Notas clínicas

Descripción de casos clínicos de excepcional interés. Constarán de una breve introducción, caso clínico, y discusión correspondiente. Su extensión máxima será de 6 páginas, 2 figuras y dos tablas y 15 citas bibliográficas.

El número máximo de firmantes será de cuatro.

Cartas al director

Comentarios, opiniones u observaciones sobre los diversos trabajos publicados con anterioridad en la revista. La extensión máxima será de 4 páginas de 30 líneas y se admitirá una figura o una tabla y diez citas bibliográficas.

El número máximo de firmantes será de dos.

Imágenes médicas

Imágenes curiosas, insólitas o demostrativas. Se acompañarán con un texto breve, como máximo 1 página de 30 líneas, en el que se explique el caso clínico, con una breve discusión acerca de la importancia de la imagen.

El número máximo de firmantes será de dos.

Resúmenes de Tesis doctorales

Elaborados por el autor, describirán el trabajo realizado; su extensión máxima será de 2 páginas de 30 líneas. Debe incluirse un apéndice con los datos correspondientes a Universidad, departamento, director de la tesis y fecha de presentación.

Otros

La dirección de la revista considerará para su publicación cualquier artículo relacionado con la medicina en cualquier aspecto, aunque no se incluya exactamente dentro de los supuestos anteriores. En este caso se recomienda antes de su envío contactar con la dirección para acordar las características del mismo.

En el caso de que los trabajos enviados incluyan imágenes, figuras, tablas o textos sometidos a copyright, será responsabilidad de los autores la obtención de los permisos necesarios para su publicación.

Todas las opiniones o afirmaciones expresadas en los artículos corresponden a los autores de los mismos. Tanto el comité editorial como la SOGAMI declinan cualquier responsabilidad a este respecto.

Los trabajos publicados serán propiedad de GALICIA CLÍNICA, cediendo los autores todos los derechos a la misma.

LVCVS AVGVSTI ARDERÁ DE NOVO!

ARDE LVCVS MMXIII

14, 15 E 16 DE XVÑO



FESTA DE INTERESE TVRÍSTICO GALEGO



WWW.ARDELVCVS.COM



Concello de Lugo
Xuventude