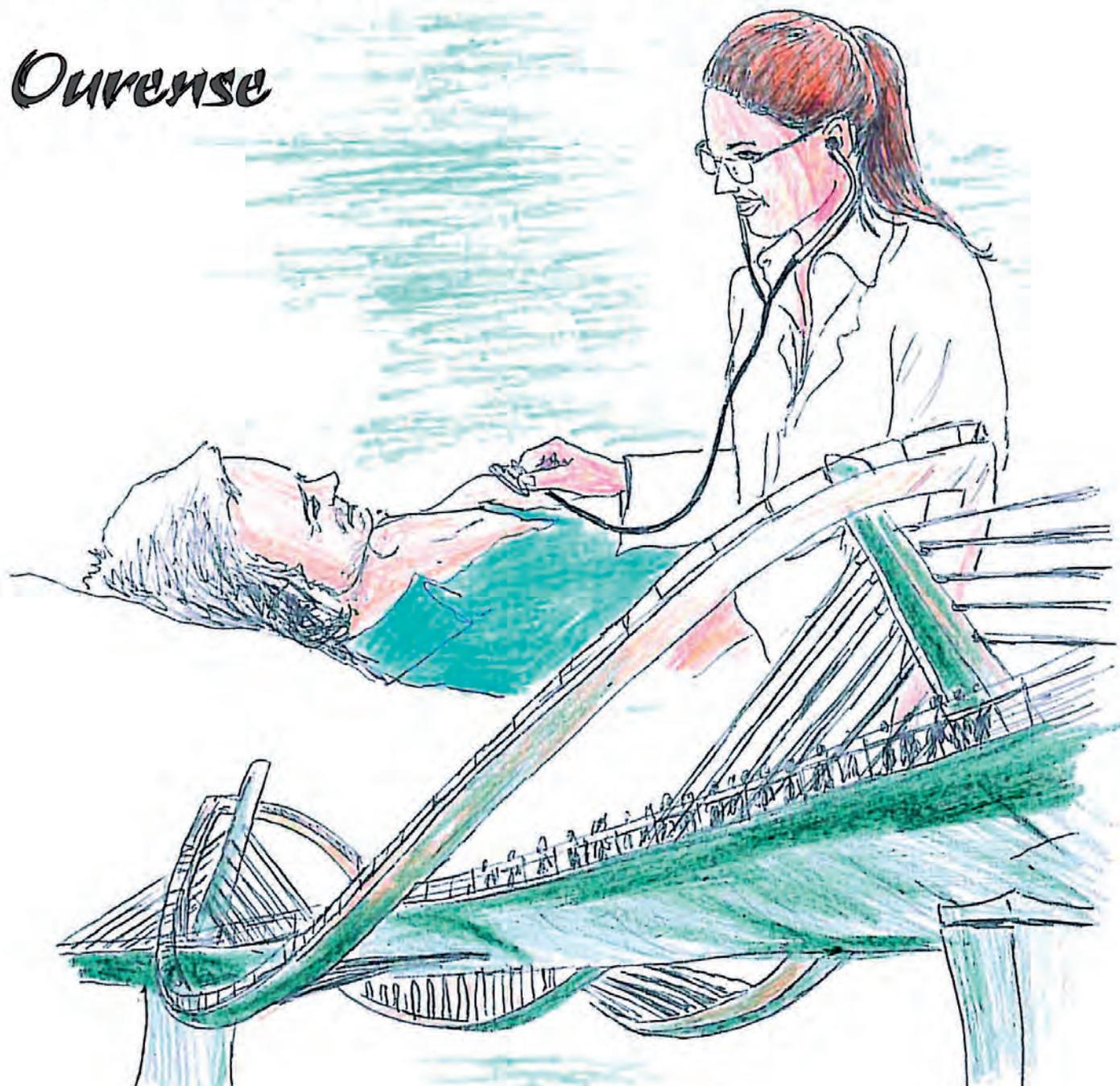


XXXI REUNIÓN ANUAL DE LA SOGAMI

13-14 de junio de 2014

Ourense



Cando non é preciso
acudir ao centro de saúde

O teu médico pode atenderte por teléfono

Coa mesma calidade e
tempo de sempre

Sen desprazamentos

**Consulta telefónica en
atención primaria**

No teléfono do teu centro de saúde
Na web www.sergas.es
Ou no 902 077 333



Dr. Carlos Castiñeira Pombo
Centro de Saúde de Ares



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 Carballada

Comité científico
Mercedes Bal Alvarado
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 Luís Lado Lado
Victor Manuel López Mourinho
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 López 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

EDITORIAL

- 56 Compromiso por la Calidad de las Sociedades Científicas en España**
Quality Commitment of Spanish Scientific Societies
García Alegría J

ORIGINAL

- 59 Análisis de un modelo de asistencia clínica compartida con internistas en un servicio de cirugía vascular**
Analysis of a comanagement clinical model with internists in a vascular surgery department
Monte Secades R, Romay Lema E, Iñiguez Vázquez I, Rabuñal Rey R, Pombo Vide B

ARTÍCULO ESPECIAL

- 67 O'Keeffe, Lempicka, Kahlo, Carrington: pasión y locura en cuatro grandes artistas del siglo XX***
O'Keeffe, Lempicka, Kahlo, Carrington: passion and madness in four great artists of the XXth century
Montes Santiago J, Carbajales Ferreiro Y, Montes Carbajales E

CASO CLÍNICO

- 77 Desafios na Investigação de Diarreia Crónica Malabsortiva: Um Caso Clínico**
Challenges in the investigation of Chronic Malabsortive Diarrhea: A Case Report
Almeida Ferreira M, Reinas A, Vizcaino Vázquez JR, Marinho A

IMÁGENES EN MEDICINA

- 82 Apertando o cinto: Síndrome de Wilkie e Síndrome de Nutcracker**
Tightening the belt: Wilkie's Syndrome and Nutcracker Syndrome
Pereira IJ, Tavares C
- 83 Hipocoagulação: sim ou não?**
Anticoagulation: yes or no?
Vilas-Boas A, Teixeira-Andrade F
- 84 Sepsis de origen infrecuente en una mujer anciana**
Uncommon sepsis in an elderly woman
Mateos-Díaz A, Belhassen-García M

CONGRESO DE LA SOCIEDAD GALLEGA DE MEDICINA INTERNA

- 85 Programa**
- 86 Comunicaciones Orales**
- 88 Comunicaciones Póster**
- 106 Índice de autores**

Compromiso por la Calidad de las Sociedades Científicas en España

Quality Commitment of Spanish Scientific Societies

Javier García Alegría^{1,2}

¹Ex Presidente de la Sociedad Española de Medicina Interna, ²Coordinador del Proyecto

La toma de decisiones clínicas eficientes es un compromiso ético que está reflejado en diversos códigos profesionales. Buscar la alternativa con el mejor balance de coste-eficacia y de coste-utilidad es una obligación de los sanitarios en general, y de los médicos en particular, con los pacientes y sociedad. Si esta es una premisa profesional que debe ser permanente, adquiere mayor relevancia en el contexto actual de crisis económica, y en un sistema de salud mayoritariamente público, como sucede en España. La mejor manera de contribuir a la defensa y a la sostenibilidad de nuestro sistema sanitario es optimizar las decisiones de cada uno de los actos clínicos, reflexionar en nuestros servicios acerca de la práctica colectiva para la mejora, difundir los conceptos de eficiencia clínica y crear una cultura de mejora.

Existen numerosas evidencias de que determinadas prácticas diagnósticas, perfiles de cuidados sanitarios y tratamientos, algunos de ellos de muy alto coste, no aportan un valor añadido relevante para el enfermo. Estas actuaciones son ineficientes, innecesarias o inseguras. La reducción de estas prácticas es una medida de eficiencia que no tiene repercusión negativa en los resultados de salud, por no generar ningún beneficio para los pacientes ni para la sociedad, y que puede posibilitar el uso alternativo de los recursos sanitarios

La carta del Profesionalismo, publicada por la European Federation of Internal Medicine y American Board of Internal Medicine¹, y suscrita por numerosas sociedades científicas e instituciones, incluye nuestros compromisos profesionales con una atención sanitaria de mayor calidad, con la seguridad clínica, con la reducción del uso incorrecto de los recursos sanitarios, con una distribución justa de los recursos finitos, y con una asistencia basada en una gestión racional y eficaz de unos recursos limitados. Por otra parte el código de Deontología y ética médica de nuestro país, refleja que el médico “esta obligado a procurar la mayor eficacia de su trabajo y el rendimiento óptimo de los medios que la sociedad pone a su disposición”². Entre las competencias de la especialidad de Medicina Interna, descritas por el grupo de competencias de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI) están los cuidados eficientes³. Dentro de las mismas se describe que es aconsejable que los internistas conozcamos los costes de la atención médica que prestamos, las implicaciones

económicas de las decisiones clínicas, el beneficio real de la utilización de un nuevo procedimiento terapéutico o fármaco, sobre otro ya existente, el concepto de coste-oportunidad, y evitar la futilidad diagnóstica y terapéutica.

Las sociedades científicas y profesionales tienen el compromiso ineludible de orientar a sus miembros, a las autoridades sanitarias, y a los ciudadanos, acerca de cómo mejorar la atención sanitaria. Recientemente en algunos países occidentales, como en Estados Unidos o el Reino Unido, se han desarrollado iniciativas institucionales para mejorar la eficiencia clínica. Entre ellas están “Choosing Wisely” del American Board of Internal Medicine⁴, “Do not do” del National Institute for Clinical Excellence (NICE), o “Less is More” de la American Medical Association. Hace dos años, la SEMI tuvo la iniciativa de presentar a las autoridades ministeriales, un proyecto de mejora de la eficiencia, en donde pudieran participar múltiples sociedades científico-médicas de nuestro país.

El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI), finalmente aprobó el proyecto que se denomina “Compromiso por la Calidad de las Sociedades Científicas en España”. El mismo se enmarca en las actividades de la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías y Prestaciones del Sistema Nacional de Salud y está coordinado de forma conjunta por la Subdirección General de Calidad y Cohesión, por el Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud, del que forma parte GuíaSalud y por la propia SEMI.

El objetivo principal del proyecto es disminuir el uso de intervenciones médicas innecesarias, entendiendo por tales aquellas que no han demostrado eficacia, tienen efectividad escasa o dudosa, no son coste-efectivas o no son prioritarias. Los objetivos secundarios son la reducción de la variabilidad en la práctica clínica, la difusión entre los médicos y pacientes para orientar en la toma de decisiones, el uso adecuado de los recursos sanitarios y, por último, la promoción de la seguridad clínica y la reducción de la iatrogenia.

El trabajo está realizado por etapas, la primera de ellas ya finalizada, requiere la revisión de guías clínicas basadas en la evidencia, con un soporte metodológico adecuado que presta GuíaSalud, por parte de un grupo de expertos designados por cada una de las sociedades de estas evidencias preseleccionadas y la inclusión de sugerencias de otras fuentes,

El objetivo principal del proyecto es disminuir el uso de intervenciones médicas innecesarias

y finalmente la realización de una técnica Delphi con una escala de puntuación y jerarquización. Al final cada sociedad tiene que proponer 5 recomendaciones de "no hacer". A los expertos asignados por las sociedades se les dan indicaciones de priorización basadas en el impacto clínico y económico, y sugerencias para hacer un enunciado sencillo, con una evidencia científica sólida y con unas mínimas referencias bibliográficas. Cada sociedad tiene que avalar las recomendaciones finalmente seleccionadas. Las conclusiones están dirigidas a los profesionales, a los pacientes y a las autoridades sanitarias, y tienen un gran valor de orientación, al ser prácticas desaconsejadas, que creemos que tendrán un impacto sustancial en la reducción de costes o en el uso alternativo de los recursos sanitarios.

A finales de 2013 se finalizó la primera etapa, y las siguientes Sociedades presentaron sus recomendaciones, que se pueden descargar en la página Web del Ministerio⁵, y de las distintas sociedades:

1. Asociación Española de Pediatría.
2. Sociedad Española de Cardiología.
3. Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición.
4. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria.
5. Sociedad Española de Medicina Interna.
6. Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria.
7. Sociedad Española de Médicos Generales.
8. Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria.
9. Sociedad Española de Nefrología.
10. Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica.
11. Sociedad Española de Neurología.
12. Sociedad Española de Patología Digestiva.
13. Sociedad Española de Reumatología.

Las recomendaciones finalmente seleccionadas por parte de la SEMI han sido las reflejadas en la tabla 1.

Tabla 1. Recomendaciones seleccionadas por la SEMI

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. No está indicado el cribado ni el tratamiento de la bacteriuria asintomática, incluyendo pacientes con sondaje vesical, salvo en el embarazo o en procedimientos quirúrgicos urológicos. 2. No usar ácido acetilsalicílico como prevención primaria en personas sin enfermedad cardiovascular. 3. No usar benzodiazepinas para el tratamiento del insomnio, la agitación o el delirio en personas de edad avanzada 4. No está indicada la determinación de los péptidos natriuréticos para la toma de decisiones terapéuticas en la insuficiencia cardíaca crónica 5. En la mayoría de ocasiones que se detecta una cifra de presión arterial elevada no existe indicación para iniciar tratamiento antihipertensivo de manera inmediata. |
|--|

Las 13 Sociedades científicas incluidas de la segunda etapa, con finalización en el primer semestre de este año son:

1. Alergología e Inmunología Clínica.
2. Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica.
3. Oncología Médica.
4. Oncología Radioterápica.
5. Medicina Intensiva Crítica y Unidades Coronarias.
6. Geriátrica y Gerontología.
7. Medicina Geriátrica.
8. Hematología y Hemoterapia.
9. Biopatología Médica.
10. Anatomía Patológica.
11. Radiología Médica.
12. Medicina Nuclear e Imagen Molecular

Las 15 sociedades científicas incluidas en la tercera etapa, con terminará a finales de 2014 son:

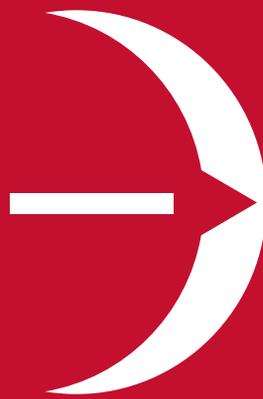
1. Cirugía.
2. Urología.
3. Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor.
4. Angiología y Cirugía Vasculár.
5. Cirugía Oral y Maxilofacial.
6. Cirugía Ortopédica y Traumatología.
7. Cirugía Plástica, Reparadora y Estética.
8. Cirugía Torácica y Cardiovascular.
9. Ginecología y Obstetricia.
10. Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene.
11. Neurocirugía.
12. Oftalmología.
13. Otorrinolaringología y Patología Cérvico-Facial.
14. Rehabilitación y Medicina Física.
15. Salud Pública y Administración Sanitaria.

Los documentos finales serán ampliamente serán difundidos, para que sirvan en la ayuda a la toma de decisiones compartida entre médicos y pacientes. Se trata de un proyecto incluyente, ilusionante y abierto, de un verdadero compromiso de todos para mejorar la asistencia sanitaria en nuestro país.

Bibliografía

1. Fundación American Board of Internal Medicine, la Fundación American College of Physicians-American Society of Internal Medicine, Federación Europea de Medicina Interna. La profesión médica en el nuevo milenio: estatutos para la regulación de la práctica médica. *Med Clin (Barc)* 2002; 118: 704-6.
2. Organización Médica Colegial. Código de Deontología y Ética Médica. Madrid 2011.
3. Porcel JM, Casademont J, Conthe P, Pinilla B, Pujol R, García-Alegría J. Core competencies in Internal Medicine. *Eur J Intern Med.* 2012; 23: 338-41.
4. Cassel CK, Guest JA. Choosing wisely: helping physicians and patients make smart decisions about their care. *JAMA.* 2012; 307: 1801-2.
5. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Compromiso por la Calidad de las Sociedades Científicas en España. <http://www.mssi.gov.es/gabinete/notas-Prensa.do?id=3140> (última entrada 5 de mayo de 2014).

**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

Análisis de un modelo de asistencia clínica compartida con internistas en un servicio de cirugía vascular

Analysis of a comanagement clinical model with internists in a vascular surgery department

Rafael Monte Secades, Eva Romay Lema, Iria Iñiguez Vázquez, Ramón Rabuñal Rey, Beatriz Pombo Vide

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Lucus Augusti. SERGAS. Lugo

Resumen

Objetivo: valorar si la asistencia clínica compartida entre cirujanos vasculares e internistas mejora la calidad de la atención médica prestada a pacientes ingresados en un servicio de cirugía vascular.

Material y método: se analizaron diversas características clínicas relativas a la atención de una muestra de pacientes con patología arterial y con TVP ingresados en el servicio de cirugía vascular del hospital universitario Lucus Augusti de Lugo, tras la implantación de un modelo de asistencia multidisciplinar con internistas durante el año 2013. Los datos de los enfermos con TVP se compararon con los de controles históricos del año anterior. Por otra parte, se realizó una encuesta de satisfacción al personal sanitario del servicio de cirugía vascular sobre sus preferencias respecto al modelo de atención.

Resultados: se estudiaron 50 pacientes con patología arterial y 75 con TVP (25 casos y 50 controles). Entre los primeros, su edad fue 71.9 años (DE 14), 60% hombres. Recibían una media de 8.2 fármacos (DE 4.4), su índice de Charlson fue 4.1 (DE 2.7) y el índice de Barthel 85.9 (DE 20). El 70% tenía anemia al ingreso y el 86% presentó alguna complicación durante el ingreso, con una mortalidad del 10%.

Los pacientes con TVP atendidos por el modelo de asistencia compartida presentaron una mayor frecuencia de identificación de factores de riesgo de trombosis (76% vs 38%; $p=0.002$), de ajuste correcto de dosis de HBPM al peso y función renal (92% vs 18%; $p=0.0001$) y de registro completo de comorbilidad (100% vs 50%; $p=0.0001$), sin diferencias en la estancia media hospitalaria.

Tanto el personal facultativo como el de enfermería prefirieron el modelo de asistencia compartida con internistas respecto al estándar.

Conclusiones: los enfermos con patología arterial y venosa presentan una comorbilidad y riesgo de complicaciones que justifica la participación de internistas en su atención. El modelo de asistencia compartida puede mejorar la calidad de la asistencia prestada, con un elevado grado de satisfacción entre el personal del equipo quirúrgico.

Palabras clave: asistencia compartida, medicina interna, cirugía vascular

Abstract

Objective: to assess whether clinical comanagement between vascular surgeons and internists improves the quality of care provided to patients admitted to a vascular surgery service.

Material and method: several clinical features related to the clinical care provided to a sample of patients with arterial disease and DVT admitted to the vascular surgery at Lucus Augusti University Hospital of Lugo were analyzed, after implementation of a comanagement model of care involving internists during the year 2013. Data of patients with DVT were compared with historical controls of the year before. Moreover, we conducted a satisfaction survey to the medical staff and nursing of the vascular surgery service about their preferences regarding the model of clinical care.

Results: 50 patients with arterial disease and 75 with DVT (25 cases and 50 controls) were studied. Among the former, mean age was 71.9 years (SD 14), 60% male. They received an average of 8.2 drugs (SD 4.4), the Charlson index was 4.1 (SD 2.7) and the Barthel index 85.9 (SD 20). 70% had anemia at admission and 86% experienced in-hospital complications, with a mortality of 10%.

DVT patients attended by the comanagement model showed a higher frequency of identified risk factors for thrombosis (76% vs 38%, $p = 0.002$), proper adjustment of the dose of LMWH to weight and renal function (92% vs 18%, $p = 0.0001$) and complete record of comorbidity (100% vs 50%, $P = 0.0001$), with no differences in length of hospital stay.

Both medical staff and the nursing preferred the comanagement model with respect to the standard model.

Conclusions: patients with arterial and venous disease have a risk of complications and comorbidity that justify the participation of internists in their clinical care. The comanagement model can improve the quality of care provided, with a high degree of satisfaction among the staff of the surgical team.

Key words: comanagement, internal medicine, vascular surgery

Introducción

El internista es, en atención a su polivalencia y capacidad de enfoque multidisciplinar, uno de los especialistas más requerido en las plantas quirúrgicas, especialmente cuando se trata de pacientes complejos, con múltiples problemas médicos añadidos al que motivó el ingreso¹⁻³. Su concurso en la atención de estos enfermos garantiza la coordinación de todos los profesionales implicados en el caso y evita la

confusión que genera en ocasiones la implicación simultánea de varios especialistas en el manejo de estos casos.

La colaboración clásica de los internistas en las plantas quirúrgicas se ha producido por medio de la interconsulta médica, trabajo realizado habitualmente a demanda en función de las complicaciones que presentan los enfermos^{1-4,6}. En este modelo tradicional, los cirujanos y los anestesiólogos suelen limitarse a su área correspondiente, recurriendo al internista u otro

especialista médico en función de la evolución del enfermo. Sin embargo, la interconsulta tiene el inconveniente de que su solicitud depende del médico responsable del paciente y de su habilidad para detectar problemas clínicos con los que frecuentemente no está familiarizado. Por otra parte, este sistema ocasiona con frecuencia fallos de comunicación y coordinación, que originan problemas de polifarmacia, duplicidad en la solicitud de pruebas complementarias y órdenes médicas a menudo confusas cuando no contradictorias. También se ha señalado que esta forma de actuación es poco eficaz y económicamente costosa^{6,7}.

Una posible alternativa a este modelo es la asistencia compartida, mediante la formación de equipos multidisciplinares estables de trabajo conjunto entre clínicos, cirujanos y anestesiólogos, que deberían incluir también enfermeros, trabajadores sociales, fisioterapeutas, etc, encargados de procurar una atención integral al paciente, que atienda todos los aspectos clínicos relacionados con su proceso desde el mismo momento del ingreso, sin esperar a la aparición de complicaciones^{2,5,8,9}. En este sistema, el internista se hace responsable de los problemas médicos desde el ingreso hasta el alta del enfermo, sirviendo de nexo entre el cirujano, el anestesiólogo y otros especialistas cuando sea preciso, mejorando la comunicación entre todos los implicados en el proceso quirúrgico.

En España, la mayor parte de las experiencias publicadas respecto al apoyo de los clínicos en la atención de pacientes quirúrgicos se han centrado en los servicios de traumatología, y especialmente en los enfermos con fractura de cadera^{5,10-12}. En los últimos años, se ha potenciado la creación de equipos de atención multidisciplinar, centrados en el paciente y siguiendo el modelo de arquitectura de procesos asistenciales integrados, que han conseguido una mejora en resultados beneficiosos de salud, traducidos en un elevado porcentaje de pacientes intervenidos precozmente, una reducida estancia media, una baja incidencia de complicaciones postquirúrgicas y una adecuada recuperación funcional, todo ello asociado a un ahorro importante en costes^{5,10,12} y a un elevado grado de satisfacción entre los profesionales implicados^{13,14}.

En el ámbito de la cirugía no traumatológica también se han comunicado resultados favorables en cuanto a mejoras de calidad en la atención sanitaria ligada a la participación programada de los clínicos en la atención de pacientes quirúrgicos^{8,15}. Sin embargo, en España únicamente se han publicado datos referentes a la actividad general relacionada con el trabajo a demanda mediante realización de interconsultas médicas^{3,4}.

El caso concreto de los servicios de cirugía vascular supone un reto especial para la participación del internista en la atención de enfermos quirúrgicos. En su vertiente de patología arterial, se trata de pacientes con aterosclerosis evolucionada, una prevalencia de enfermedad coronaria que puede alcanzar el 90% si se realizan estudios angiográficos y una mortalidad

que triplica la de los pacientes sin arteriopatía¹⁶, en los que además es frecuente encontrar otros factores de comorbilidad como son la diabetes, infecciones graves e insuficiencia renal. Además, los procedimientos quirúrgicos que se realizan son de un grado elevado de complejidad y de riesgo de complicaciones (grado IV de la NICE¹⁷).

Por otra parte, existen muchos centros hospitalarios, como es el caso del Hospital Universitario Lucus Augusti, donde los enfermos con patología venosa de miembros inferiores ingresan de primera intención en los servicios de cirugía vascular. La incidencia global de TVP en la población general se sitúa alrededor de 5 casos por 10.000 pacientes/año y presenta un incremento progresivo con la edad, lo que aumenta la carga de enfermedades crónicas coexistentes en estos enfermos¹⁸. En nuestro país, según datos del Ministerio de Sanidad y Consumo, la enfermedad tromboembólica venosa supuso el 0,8% de todas las altas hospitalarias entre los años 1999 y 2005. Por otra parte, se ha calculado que los gastos asociados a la enfermedad tromboembólica venosa son de 76 millones de euros anuales, de los cuales el 80% corresponde a los gastos hospitalarios¹⁹.

La valoración clínica indicada en un paciente con TVP incluye una completa historia clínica con análisis de comorbilidad y de factores de riesgo de trombosis venosa, la elección de tratamiento teniendo en cuenta factores como el riesgo hemorrágico, el peso o la función renal, la determinación del riesgo de desarrollar y en su caso la presencia de un embolismo pulmonar, una adecuada elección de pruebas complementarias añadidas a la diagnóstica inicial de TVP y un seguimiento clínico en el tiempo que asegure tanto la adherencia al tratamiento como su correcta duración y la detección precoz de complicaciones^{20,21}. Por otra parte, es bien conocida la posible presencia de un cáncer subyacente como factor de riesgo de TVP, especialmente en pacientes de edad avanzada y con trombosis idiopática^{21,22}. Sin embargo, no está claro si es coste-efectiva la actitud de realizar un estudio exhaustivo diagnóstico de búsqueda de neoplasia tras el diagnóstico de TVP, puesto que los estudios realizados no muestran diferencias en la mortalidad ligada a un diagnóstico precoz^{23,24}. No obstante, sí se recomienda una valoración clínica dirigida por la historia clínica y pruebas complementarias básicas, unida a un seguimiento activo prolongado²⁵.

El objetivo de este trabajo es valorar si la asistencia clínica compartida entre cirujanos vasculares e internistas mejora la calidad de la atención médica prestada a pacientes ingresados en el servicio de Cirugía Vascular, tanto con patología venosa como arterial, y si la formación de un equipo multidisciplinar en este contexto mejora el nivel de satisfacción del personal sanitario facultativo y no facultativo respecto al modelo tradicional de atención.

Método

Ámbito de trabajo

El Hospital Universitario Lucus Augusti de Lugo es un centro docente de 2º nivel, que dispone de 869 camas, con las que se cubre la asistencia sanitaria de una población de 221.441 personas, de ámbito mixto, rural y urbano. El servicio de cirugía vascular y Angiología tiene asignadas 24 camas y está integrado por 10 cirujanos vasculares, 4 residentes de cirugía vascular y 15 diplomados en enfermería. Atiende a la población con patología vascular arterial y venosa del área sanitaria integrada de gerencia única de la provincia de Lugo, la cual asciende a 348.902 personas.

Programa de asistencia compartida (multidisciplinar)

Desde el mes de febrero de 2013, 2 internistas se adscribieron al servicio de cirugía vascular. Por razones operativas y de sobrecarga asistencial, su labor se centró en la atención en todos los enfermos con TVP y en aquellos con patología arterial que a juicio del especialista de cirugía vascular precisasen una evaluación clínica por parte de un especialista médico. El modelo de atención siguió el principio general de actuación en el que la responsabilidad sobre el paciente desde su llegada a Urgencias hasta el alta es compartida entre el internista y el cirujano vascular, de forma reglada, diaria y adaptada a la situación clínica que sea preciso atender, informando ambos al enfermo y/o a su familia en caso de autorización de éste o incapacidad. Las tareas realizadas por el internista fueron similares a la que se realizan habitualmente en una planta de Medicina Interna, con independencia total en la solicitud de pruebas complementarias. El nuevo modelo de asistencia supuso una reorganización de la actividad asistencial del servicio de medicina interna, ajustando la carga de trabajo para que 2 internistas pudieran atender la nueva tarea, sin implicar un aumento en el número de facultativos.

Los pacientes con previsión de intervención quirúrgica o revascularización endovascular, en su mayoría con patología arterial, fueron evaluados tras su ingreso con el fin de mejorar en lo posible su estado y corregir los factores de comorbilidad con vistas a la cirugía. La valoración preanestésica fue solicitada por el cirujano vascular, aunque la decisión sobre la idoneidad del momento para la intervención fue tomada conjuntamente por Cirugía Vascular, Anestesiología y Medicina Interna. El internista decidió sobre la necesidad de consultar a otras especialidades médicas cuando se estimó preciso y no intervino en la indicación quirúrgica. El internista continuó con el seguimiento diario de su evolución clínica y tratamiento de las eventuales complicaciones médicas hasta el momento del alta.

En aquellos enfermos con TVP se realizó una historia clínica completa con valoración de factores de riesgo de trombosis venosa y de comorbilidad. Se valoró conjuntamente la idonei-

dad de la solicitud de pruebas complementarias adicionales y las opciones de tratamiento anticoagulante. Se realizó control clínico diario y de las posibles complicaciones hasta el momento del alta. Posteriormente, se programó el seguimiento tanto en la consulta de medicina interna (monográfica de enfermedad tromboembólica venosa) como en la de cirugía vascular.

Se realizó una reunión semanal entre los integrantes del equipo, con el fin de programar la actividad asistencial, coordinar las altas hospitalarias y potenciar la interrelación entre los miembros del grupo. Cuando fue necesario, el internista completó los informes de alta de cirugía vascular.

Patología arterial

Se analizaron las características de todos los pacientes ingresados con patología arterial valorados por el modelo de asistencia compartida (con internistas), entre el 1 de marzo y el 30 de abril de 2013. Se registraron las siguientes variables: edad, sexo, número de fármacos domiciliarios, índice de comorbilidad de Charlson, clasificación ASA (American Society of Anesthesiologists), índice de dependencia de Barthel, filtrado glomerular estimado (MDRD), Hemoglobina (al ingreso, en gr/dl), Albúmina (al ingreso, en mg/dl), motivo de ingreso, realización de intervención quirúrgica y/o tratamiento endovascular, estancia hospitalaria y mortalidad. Para el análisis de las complicaciones desarrolladas durante el ingreso, estas se agruparon en: cardiovasculares (insuficiencia cardíaca, taquiarritmias, síndrome coronario agudo, accidente cerebrovascular agudo, enfermedad tromboembólica venosa), neurológicas (síndrome confusional agudo), infecciosas (infección respiratoria de vías bajas con o sin neumonía radiológica, infección urinaria, bacteriemia), trastorno electrolítico-metabólico (descompensación de diabetes, insuficiencia renal aguda, trastorno iónico que requiere tratamiento) y otras complicaciones (escaras, íleo intestinal, hemorragia digestiva, reintervención quirúrgica, dehiscencia de sutura).

Patología venosa (TVP)

Se analizaron todos los pacientes con TVP evaluados por el modelo de asistencia compartida (con internistas) entre el 1 de febrero y el 30 de agosto de 2013. Por cada caso se seleccionaron 2 controles valorados por el modelo de asistencia tradicional (sin internistas), ajustados por edad y sexo, entre los pacientes con TVP ingresados en el servicio de cirugía vascular durante el año 2012. Para cada episodio se registraron las siguientes variables: edad, sexo, localización de la TVP, factores de riesgo de tromboembolismo venoso identificados y tipo (estrógenos, embarazo, puerperio, cáncer, inmovilización prologada, tiempo encamado superior a 5 días, cirugía en los 3 meses previos, varices, trombofilia, TVP previa), anotación del peso de los pacientes en la historia clínica, ajuste de la dosis de heparina de bajo peso molecular (HBPM) administrada ajustada al peso y a la función renal, registro completo

de comorbilidad, número de diagnósticos de enfermedades no conocidas previamente realizados durante el ingreso y tipo, estancia hospitalaria, mortalidad y seguimiento clínico ambulatorio especializado.

Encuesta de satisfacción

En el mes de septiembre de 2013 se entregó una encuesta confidencial al personal facultativo y de enfermería del servicio de cirugía vascular acerca de su nivel de satisfacción respecto al modelo de trabajo multidisciplinar con internistas, de asistencia compartida, comparado con el tradicional previo a la implantación de este modelo. La encuesta fue autoadministrada, confidencial y anónima, estableciendo un plazo máximo de respuesta de 48 horas. Las preguntas de la encuesta (adaptado de Huddleston JM et al¹⁷) fueron de tipo cerrado, con 5 posibles respuestas a las que se asignó un valor ordinal: 1. Nivel de comunicación entre internistas y cirujanos vasculares; 2 Órdenes médicas breves y específicas; 3. Facilidad de localización del internista; 4. Calidad de atención médica prestada; 5. Delimitación de la responsabilidad sobre el enfermo; 6. Coordinación del personal facultativo; 7. Coordinación para la programación del alta hospitalaria; 8. Valoración de las necesidades postoperatorias del enfermo; 9. Celeridad de atención ante un problema postoperatorio; 10. Conocimiento del internista de los cuidados quirúrgicos y de enfermería postoperatorios. En todos los apartados se ofrecían 5 posibles respuestas: tradicional mucho mejor (1 punto), tradicional algo mejor (2 puntos), neutral (3 puntos), multidisciplinar algo mejor (4 puntos), multidisciplinar mucho mejor (5 puntos).

Análisis estadístico

Las bases de datos fueron diseñadas mediante el programa Excel 2007 y los datos fueron analizados con el programa estadístico SPSS15. En el análisis estadístico se utilizó el test de la χ^2 o el test exacto de Fisher para evaluar la asociación entre dos variables cualitativas. Para la comparación de variables cuantitativas entre grupos se utilizó el test de la t de Student o el test de Mann-Whitney, previa comprobación de la normalidad de las variables con el test de Kolmogorov-Smirnov.

Confidencialidad

La confidencialidad de datos ha sido tratada de acuerdo con la ley orgánica de protección de datos de carácter personal 15/1999.

Resultados

Patología arterial

Se estudiaron las características de 50 pacientes ingresados por patología arterial. La edad media fue 71.9 años (DE 14), el 60% hombres. El motivo de ingreso fue arteriopatía periférica de miembros inferiores establecida o complicaciones derivadas de la misma en 40 casos (80%), embolia arterial en 3 (6%),

aneurisma de aorta abdominal en 3 (6%), endarterectomía carotídea en 3 (6%) y en 1 caso estenosis de arteria subclavia.

Todos los enfermos recibían medicación crónica domiciliaria, con un promedio de 8.2 fármacos (DE 4.4). De ellos, 43 (86%) tomaban 4 o más fármacos y 15 (30%), más de 10. Treinta y cinco enfermos (70%) presentaban anemia al ingreso (hemoglobina <13 gr/dl en hombres y <12 gr/dl en mujeres), y de ellos el 48% tenían una hemoglobina inferior a 10 gr/dl. El filtrado glomerular medio estimado mediante la ecuación MDRD-4 IDMS (ml/min/1,73 m²) fue 74.6 (DE 40.2) e inferior a 60 en el 38% de los casos.

Los resultados de la estratificación de riesgo anestésico según la clasificación ASA, del índice de comorbilidad de Charlson (no ajustado por edad) y del índice de dependencia funcional de Barthel se muestran en la tabla 1.

Tabla 1. Estratificación de comorbilidad (ASA, índice de Charlson) y dependencia (índice de Barthel) en pacientes ingresados por patología arterial

	n=50 (%)
ASA	
I-II	14 (28)
III-IV	36 (72)
Barthel*	85.9 (20)
Barthel	
80-100 (leve)	36 (72)
60-79 (moderada)	7 (14)
46-59 (grave)	6 (12)
<45 (severa)	1 (2)
Charlson*	4.1 (2.7)
Charlson	
<4 (bajo)	26 (52)
4-5 (moderado)	10 (20)
-7 (alto)	8 (16)
>7 (muy alto)	6 (12)

*Media (DE)

Veintinueve enfermos (58%) precisaron intervención quirúrgica y 15 (30%) tratamiento intervencionista endovascular. Cuarenta y tres pacientes (86%) sufrieron algún tipo de complicación durante el ingreso, de las cuales fueron infecciosas en 28 casos (56%), hidroelectrolítica-metabólicas en 20 (40%), cardiovasculares en 17 (34%), neurológicas en 8 (16%) y quirúrgicas/otras en 26 (52%). La estancia media fue 27.9 días (DE 23.9). Precisaron traslado a medicina interna 5 pacientes (10%). Fallecieron 5 enfermos (10%).

Patología venosa (TVP)

Se analizaron las características de 25 pacientes (12 hombres y 13 mujeres) con TVP valorados según el modelo de asistencia compartida (casos). Por cada caso se seleccionaron 2 controles históricos del año anterior a la implantación del modelo, valorados mediante el sistema tradicional, ajustados por edad y sexo.

En global, teniendo en cuenta los 75 enfermos, la edad media fue 70.4 (DE 13.2), el 48% hombres. La localización más frecuente de la TVP fue femoropoplítea en 35 casos (46.6%), poplítea en 27 (36%), femoral en 8 (10.6%), ileofemoral en 4 (5.3%) e ileofemoropoplítea en 1 (1.3%). Se identificó durante el ingreso al menos 1 factor de riesgo de TVP en 37 pacientes (49.3%): inmovilización previa en 20 (26.7%), varices en 12 (13.3%), cáncer en 10 (13.3%), TVP previa en 5 (6.7%), cirugía o ingreso reciente en 3 (4%) y trombofilia en 1 (1.3%). La estancia media hospitalaria fue 4.7 días (DE 4.6), la mortalidad al alta hospitalaria 1.3% y a los 3 meses 4%. Todos los enfermos fueron tratados con HBPM durante el ingreso hospitalario.

Los datos referentes a la comparación de casos (pacientes valorados según el modelo de asistencia multidisciplinar) y controles (pacientes valorados según el modelo estándar), se muestran en la tabla 2. Los pacientes valorados mediante el sistema de asistencia multidisciplinar presentaron una mayor frecuencia de registro de comorbilidad y del peso en la historia clínica, así como de ajuste de la dosis de HBPM según este parámetro y el filtrado glomerular. También se identificaron con más frecuencia factores de riesgo de TVP en los casos que en los controles. Por otra parte, su valoración durante

Tabla 2. Comparación entre el modelo de asistencia compartida (multidisciplinar) y el modelo estándar aplicado a pacientes con TVP

	Modelo multidisciplinar n=25 (%)	Modelo estándar n=50 (%)	p
Edad*	70.7 (12.3)	70.2 (13.8)	ns
Hombres	12 (48)	24 (48)	ns
Identificación de factores de riesgo	19 (76)	19 (38)	0.002
Registro del peso del paciente	23 (92)	10 (20)	0.0001
Dosis de HBPM ajustada ^a	23 (92)	9 (18)	0.0001
Registro de comorbilidad	25 (100)	25 (50)	0.0001
Diagnósticos "de novo" ^b	12 (48)	5 (10)	0.0001
Traslado a MI	4 (16%)	0 (0)	0.004
Estancia hospitalaria*	4.8 (3)	4.6 (5.2)	ns
Seguimiento ambulatorio por MI	24 (96)	32 (64)	0.003

*Media (DE)

^aDosis de HBPM ajustada por el peso del paciente y su filtrado glomerular

^bDiagnósticos de enfermedades no conocidas previamente al ingreso, diferentes de la TVP: 1 caso de absceso renal, anemia ferropénica, insuficiencia renal crónica, bursitis rotuliana, cáncer de próstata, nódulos pulmonares, esofagitis, flutter permanente, gota, prostatitis aguda, policitemia vera, esteatosis hepática; 2 casos de HTA; 2 casos de trombofilia por factor V Leiden.

el ingreso por internistas se asoció de forma significativa a la realización de diagnósticos de patologías no conocidas previamente (diferentes a TEP), de interés evidente en su manejo clínico. Se trasladaron a la planta de hospitalización de medicina interna 4 pacientes en el grupo de los casos, por los siguientes motivos: absceso renal, anemia, nódulos pulmonares, TEP. Falleció 1 paciente durante el ingreso en el grupo control y ninguno en el de asistencia multidisciplinar. La mortalidad a los 3 meses de seguimiento fue de 1 enfermo en el grupo de asistencia con internistas y 2 en el grupo control.

Encuesta de satisfacción

De un total de 14 facultativos (10 especialistas en cirugía vascular y 4 residentes) y 15 diplomados en enfermería respondieron 11 y 12 profesionales, respectivamente. Todos ellos habían trabajado con ambos modelos de atención.

Tanto el personal de enfermería como el facultativo prefirieron el modelo multidisciplinar de atención. En general, las opiniones del personal facultativo fueron más favorables hacia el modelo de asistencia compartida que las del personal de enfermería [42,27 puntos totales sobre 50 posibles (DE 3,69) vs 35,27 (DE 4,4); $p < 0,001$]. Los valores medios obtenidos en cada pregunta, comparados entre ambos grupos profesionales se muestran en la tabla 3.

Tabla 3. Encuesta de satisfacción al personal del servicio de cirugía vascular sobre un modelo de asistencia multidisciplinar con internistas

	Facultativos (n=11)	DUE (n=12)	p
1 Nivel de comunicación entre cirujanos e internistas	4,5 (0,5)	4,1 (0,79)	NS
2 Ordenes medicas breves y específicas	4,4 (0,5)	3,1 (1,4)	0,012
3 Facilidad de localización del internista	4,1 (0,9)	4,3 (0,6)	NS
4 Calidad de atención medica prestada	4,4 (0,6)	4,3 (0,4)	NS
5 Delimitación de la responsabilidad sobre el enfermo	4,1 (0,7)	2,6 (0,8)	0,0001
6 Coordinación del personal facultativo	4,4 (0,5)	3,3 (0,9)	0,003
7 Coordinación para la programación del alta hospitalaria	4 (0,8)	3,1 (0,9)	0,02
8 Valoración de las necesidades post-operatorias del enfermo	4,2 (0,6)	3,7 (1)	NS
9 Celeridad de atención ante un problema post-operatorio	4,5 (0,5)	4 (0,7)	NS
10 Conocimiento del internista de los cuidados post-operatorios	3,8 (0,6)	3,4 (0,9)	NS

DUE: diplomados universitarios en enfermería
Valores expresados como media (DE)

Discusión

El presente estudio muestra que los pacientes ingresados en un servicio de cirugía vascular presentan un perfil clínico cuyas características aconsejan la intervención conjunta de especialistas médicos y quirúrgicos en su manejo. Esta intervención, bajo la forma de un modelo de asistencia compartida con internistas, multidisciplinar, es capaz de mejorar la calidad de la asistencia médica ofrecida a los enfermos, además con un elevado grado de satisfacción entre el personal sanitario del equipo quirúrgico.

Patología arterial

La enfermedad arterial periférica es una manifestación secundaria a una arterosclerosis sistémica y está asociada a un incremento del riesgo de morbilidad y mortalidad cardiovascular¹⁵. El registro internacional REACH (Reduction of Atherothrombosis for Continued Health) evidenció que los pacientes diagnosticados de esta entidad tienen una mayor tasa de episodios cardiovasculares que los afectados por una enfermedad coronaria o cardiovascular²⁶. Por otra parte, hasta el 25% de estos enfermos son diabéticos y aproximadamente la mitad de los pacientes diabéticos mayores de 70 años presenta arteriopatía periférica²⁷. También se ha descrito una marcada relación entre la existencia de insuficiencia renal crónica y arteriopatía periférica, que se presentará de forma más agresiva y con peor pronóstico en su presencia²⁸.

Todas estas circunstancias explican los elevados índices de comorbilidad (Charlson), moderado o más elevado en la mitad de los casos, de más trascendencia teniendo en cuenta que no se empleó el modelo ajustado por la edad, como en otros estudios realizados en pacientes quirúrgicos¹². En el mismo contexto se deben interpretar los resultados de la estratificación de riesgo anestésico ASA, en grupo II o III en más de los 2/3 de los enfermos.

La polifarmacia acompaña con frecuencia a estos enfermos, como muestran nuestros datos (más de 8 fármacos de media por enfermo), con el riesgo consiguiente de aparición de efectos secundarios durante el periodo perioperatorio, como resultado de los cambios fisiológicos que se producen en su absorción y otros parámetros como consecuencia de la cirugía y de la suspensión de la medicación oral²⁹. En este sentido, el ingreso hospitalario debe servir para detectar y evitar la administración de medicamentos potencialmente inadecuados, circunstancia que se produce con más frecuencia cuando son múltiples especialistas los que prescriben la medicación³⁰.

El desarrollo de complicaciones hospitalarias médicas o quirúrgicas en estos enfermos resultó frecuente (86%), como consecuencia de la conjunción de todos los factores comentados anteriormente, relativos a su comorbilidad y a la complejidad de la enfermedad que motivó el ingreso, con una mortalidad hospitalaria que alcanzó el 10% en la serie. Como se detalla

en el estudio, las complicaciones médicas no difieren mucho de las patologías atendidas habitualmente en las plantas de hospitalización de medicina interna y coinciden con las detectadas en otros trabajos sobre consultas de servicios médicos en servicios quirúrgicos^{3,4,12}.

Patología venosa (TVP)

El modelo de asistencia compartida con internistas recogió con más frecuencia datos en la historia clínica referentes a la comorbilidad de los pacientes y a su peso. También identificó con más precisión la presencia de factores de riesgo de TVP. No es sorprendente que, puesto que la labor del internista se realiza fundamentalmente a través de una eficaz valoración clínica, los datos muestren estos resultados. En todo caso, una adecuada valoración de estas variables, acerca la práctica clínica habitual en pacientes con TVP a unos estándares de calidad^{20,21}. En el mismo sentido, la inclusión del punto de vista y quehacer habitual del clínico estimula la realización de diagnósticos que, aunque no directamente relacionados con la TVP, serán de relevancia en el manejo general del enfermo, como atestigua este trabajo, en línea con otros estudios sobre interconsultas en pacientes quirúrgicos^{3,4}.

Una completa historia clínica que recoja la existencia de factores de riesgo de TVP, puede limitar la petición de estudios de trombofilia hereditaria que no estarían indicados o de cribado de neoplasia innecesarios. En términos generales, la realización de estudios de este tipo debe estar dirigida por una adecuada valoración clínica global y actualmente se tiende a matizar su indicación^{23-25,31}. En este sentido, la práctica habitual en nuestro centro, antes de la implantación del nuevo modelo de asistencia mediante interconsulta y ahora de forma programada, era y es la valoración por parte del especialista de medicina interna de los pacientes con ETV idiopática y sospecha de neoplasia, de acuerdo con un protocolo establecido³². La evidencia actual orienta a que variables como la existencia de un cáncer asociado, el riesgo de hemorragia, los antecedentes familiares o la presencia de un factor desencadenante de trombosis, son más importantes que el hallazgo de un defecto trombofílico para el manejo de la enfermedad tromboembólica³¹.

Por otra parte, en el tratamiento de la enfermedad tromboembólica venosa con HBPM, es necesario el ajuste de la dosis en función del peso del enfermo y de su filtrado glomerular, con el objetivo de asegurar un adecuado efecto anticoagulante y minimizar el riesgo de efectos secundarios hemorrágicos derivados de la presencia de grados avanzados de insuficiencia renal^{33,34}. El hecho de que el registro del peso o la comprobación de la corrección de la dosis de HBPM ajustada a estas variables, fuera menos frecuente en el modelo tradicional de asistencia, no asegura que los pacientes estuvieran mal tratados, pero es evidente que su registro acerca la práctica clínica a los estándares recomendados³¹.

Encuesta de satisfacción

Tanto el personal facultativo como el de enfermería prefirieron el modelo multidisciplinar de asistencia compartida con internistas integrados en el equipo de atención médica del servicio de cirugía vascular, sobre el modelo tradicional, con resultados similares a los obtenidos en otras encuestas realizadas en servicios de traumatología y ortopedia^{13,14}.

Los cirujanos tienden a valorar más favorablemente el modelo multidisciplinar¹⁴, probablemente debido a que son los profesionales más directamente afectados por las mejoras que se derivan del mismo. Como ya se ha comentado, la asistencia médica de pacientes quirúrgicos es compleja y precisa cada vez con más frecuencia de la incorporación de habilidades clínicas que están en ocasiones alejadas de las empleadas habitualmente por los cirujanos. Por otra parte, en el modelo tradicional, la participación de los clínicos es requerida mediante interconsulta, frecuentemente múltiple en función de las diversas patologías y/o complicaciones que presenta el enfermo. Esto hace que la labor de localización y coordinación de los especialistas implicados sea ingrata, y que la rapidez de respuesta ante un problema urgente pueda verse comprometida. Así, los facultativos ponderaron el modelo de asistencia compartida especialmente en los aspectos relativos al nivel de comunicación entre internistas y cirujanos, su coordinación y la celeridad de actuación ante un problema postoperatorio.

El personal de enfermería, aunque favorable al modelo multidisciplinar, percibe menos ventajas que los facultativos. De hecho, es posible que la presencia continuada de un clínico en el servicio, aumente y/o modifique las órdenes de tratamiento que se realizan en el modelo tradicional (pregunta nº2), con el consiguiente aumento de la carga de trabajo. Por otra parte, si bien los cirujanos se sienten apoyados por el internista en cuanto a la delimitación de la responsabilidad sobre el enfermo, las enfermeras no lo valoran de la misma manera (pregunta nº5). Esta visión aparentemente contradictoria cambiaría probablemente si el modelo aclarase mejor una cuestión clave en este sentido: “¿a quién aviso si el paciente empeora, al cirujano o al internista?”, cuya respuesta implica no solo al equipo de asistencia ordinario sino también al de guardia y posiblemente a la dirección médica. No obstante, tanto el equipo quirúrgico como el de enfermería coinciden en valorar positivamente los aspectos claves del modelo de asistencia compartida: aumenta la facilidad de localización del clínico, la celeridad de actuación ante un problema postoperatorio y, más importante, aumenta la calidad de la asistencia prestada. Finalmente, ambos grupos opinan que los conocimientos del internista respecto a los cuidados quirúrgicos y de enfermería postoperatorios no han mejorado mucho con el nuevo modelo, un aspecto que es de esperar mejore con el tiempo.

En este estudio, como en otros^{5,8,10,13}, el desarrollo del modelo multidisciplinar ha estado ligado a la formación de un equi-

po basado en la continuidad en el tiempo de los internistas destinados al mismo. Esta actitud favorece una coordinación adecuada de los profesionales implicados mediante el establecimiento de relaciones interpersonales que mejoran el nivel de comunicación y las posibilidades de trabajo en equipo.

Calidad asistencial

El objetivo de la gestión clínica, y por extensión, de una reforma en el modelo de atención es el de mejorar la calidad de los servicios, salvaguardar unos estándares estrictos de asistencia y crear un entorno que facilitará la excelencia de la asistencia sanitaria³⁵. La cuestión central en este caso es el aumento de resultados del paciente (estado de salud) obtenidos al menor coste.

En este trabajo, la producción de servicios se ha medido a través de indicadores de proceso (volumen, adecuación a estándares clínicos, diagnósticos, satisfacción), que si bien son los más fáciles y frecuentes de obtener, no miden realmente la repercusión sobre la salud del paciente, como harían los indicadores de resultado, más complejos de construir. No se recogieron datos de consumo de recursos, más allá de la significación que tiene la estancia media, por lo que no podemos valorar el coste estricto del nuevo modelo. En éste, mientras que por un lado se adecua el consumo de recursos, la evaluación completa de los enfermos por parte de un clínico puede descubrir nuevos problemas que obliguen a realizar otras pruebas diagnósticas o terapéuticas, como queda de manifiesto en los resultados del estudio. No obstante, el objetivo de una reforma de gestión clínica es la de aumentar la eficiencia, lo que aplicado a un servicio o a una unidad de gestión clínica, se define como la consecución de una adecuada relación entre el coste y la producción de servicios³⁶. En este sentido, el nuevo modelo de asistencia ha mejorado la adecuación de la práctica clínica a los estándares de calidad, con un elevado grado de satisfacción entre el personal sanitario del equipo quirúrgico, a la vez que no ha supuesto un aumento en el coste de recursos humanos ni del tiempo de hospitalización de los pacientes. Por estos motivos, se puede afirmar que ha tenido una repercusión favorable en la calidad de la asistencia prestada.

Limitaciones

Este estudio presenta varias limitaciones. El tamaño muestral es pequeño, el análisis es retrospectivo y, en lo relativo a la TVP compara cohortes históricas, valoradas en diferentes periodos. Sin embargo, al menos en cuanto a la dotación de recursos humanos y estructurales de ambos periodos, la única diferencia fue la presencia constante de internistas en el modelo de asistencia compartida.

Por otra parte, hay que señalar un posible sesgo de intervención, en cuanto a que el modelo multidisciplinar está diseñado precisamente para mejorar aquellos variables en las que sale

beneficiado (valoración clínica eficaz y completa). Sin embargo, esta circunstancia no le resta al modelo una mayor capacidad de acercamiento a los estándares de calidad en la asistencia. En cuanto a las encuestas de satisfacción, estas no incluyeron la opinión de los enfermos, que son los auténticos receptores de las mejoras realizadas en la calidad de la atención sanitaria.

Conclusión

La implicación de los clínicos en la atención de pacientes quirúrgicos es un fenómeno reciente en nuestro país, que aumentará con seguridad en los próximos años. Los internistas son, en atención a sus características de médicos hospitalarios generalistas, probablemente los especialistas idóneos para liderar esta reforma. El modelo de asistencia tradicional, en el que el cirujano solicita interconsultas a diferentes especialistas médicos en función de las complicaciones o características de sus enfermos, será posiblemente superado en un futuro cercano por la formación de equipos multidisciplinares integrados por clínicos y cirujanos donde el modelo de asistencia será compartido. Ya existían experiencias favorables en este sentido en España, especialmente en servicios de traumatología, y este trabajo aporta evidencias similares en un servicio de cirugía vascular, con una repercusión favorable en la calidad de la asistencia clínica y servicios prestados, además de con un elevado grado de satisfacción entre el personal del equipo quirúrgico.

Bibliografía

- Charlson ME, Cohen RP, Sears CL. General medicine consultation. Lessons from a clinical service. *Am J Med* 1983; 75: 121-28.
- Mollega R, Berger P, Girbes AR. The value of peri-operative consultation on a general surgical ward by the internist. *Neth J Med*. 2000; 56(1):7-11.
- Monte Secades R, Rabuñal Rey R, Rigueiro Veloso MT, García Pais MJ, Casariego Vales E, Guerrero Lombardia J. Papel del internista como consultor de servicios quirúrgicos. *Rev Clin Esp* 2004; 204: 345-50.
- Montero Ruiz E, López Álvarez J, Hernández Ahijado C. Estudio de las interconsultas solicitadas a un servicio de Medicina Interna. *Rev Clin Esp* 2004; 204: 507-10.
- Montero Ruiz E, Hernández Ahijado C, López Álvarez J. Efecto de la adscripción de un internista a un servicio quirúrgico. *Med Clin (Barc)* 2005; 124: 332-35.
- Goldman L, Lee T, Rudd P. Ten commandments for effective consultations. *Arch Intern Med* 1983; 143: 1753-55.
- Klein LE, Levine DM, Moore D, Kirby SM. The preoperative consultation. Response to internists' recommendations. *Arch Intern Med* 1983; 143: 743-4.
- Macpherson DS, Parenti C, Nee J, Petzel RA, Ward H. An internist joins the surgery service: does comanagement make the difference? *J Gen Intern Med* 1994; 9: 440-44.
- Phy MP, Bañes DJ, Melton J, Long KH, Schleck CD, Larson DR, Huddleston PM, Huddleston JM. Effects of a hospitalist model on elderly patients with hip fracture. *Arch Intern Med* 2005; 165: 796-80.
- Fernández-Moyano A, Fernández-Ojeda R, Ruiz-Romero V, García-Benítez B, Palmero-Palmero C, Aparicio-Santos R Programa de atención integral a pacientes mayores de 65 años con fractura de cadera. *Rev Clin Esp*. 2013 <http://dx.doi.org/10.1016/j.rce.2013.01.011>.
- Vidán M, Serra JA, Moreno C, Riquelme G, Ortiz J. Efficacy of a comprehensive geriatric intervention in older patients hospitalized for hip fracture: a randomized, controlled trial. *J Am Geriatr Soc*. 2005; 53(9): 1476-82.
- Monte-Secades R, Peña-Zemsch M, Rabuñal-Rey R, Bal-Alvaredo M, Pazos-Ferro A, Mateos-Colino A. Factores de riesgo para el desarrollo de complicaciones en pacientes con fractura de cadera. *Rev Calid Asist* 2011; 26:76-82.
- Huddleston JM, Long KH, Naessens JM, Vanness D, Larson D, Trousdale R, Plevak M, Cabanela M, Ilstrup D, Wachter RM. Medical and surgical comanagement after elective hip and knee arthroplasty: a randomized, controlled trial. *Ann Intern Med*. 2004; 141: 28-38.
- Monte Secades R, Rabuñal Rey R, Peña Zemsch M, Bal Alvaredo M. Adscripción de un internista a un servicio de cirugía ortopédica y traumatología: encuesta de satisfacción. *Rev Clin Esp*. 2011; 21: 267-8.
- Sharma G, Kuo YF, Freeman J, Zhang DD, Goodwin JS. Comanagement of hospitalized surgical patients by medicine physicians in the United States. *Arch Intern Med*. 2010; 170: 363-8.
- Mohler ER 3rd Peripheral arterial disease: identification and implications. *Arch Intern Med*. 2003; 163: 2306-14.
- Reynolds TM. National Institute for Health and Clinical Excellence. National Institute for Health and Clinical Excellence guidelines on preoperative tests: the use of Soutine preoperative tests for elective surgery. *Ann Clin Biochem* 2006; 43: 13-6.
- Fowkes FJ, Price JF, Fowkes FG. Incidence of diagnosed deep vein thrombosis in the general population: systematic review. *Eur J Vasc Endovasc Surg*. 2003; 25(1): 1-5.
- Gujjarro R, Montes J, Sanroman C. Epidemiología hospitalaria de la enfermedad tromboembólica venosa en España. *Med Clin (Barc)* 2008; 131 Supl 2: 2-9
- Anderson FA Jr, Spencer FA. Risk factors for venous thromboembolism. *Circulation*. 2003; 107(23 Suppl 1): I9-16
- Goldhaber SZ, Tapson VF. DVT Free Steering Committee. A prospective registry of 5451 patients with ultrasound -confirmed deep vein thrombosis. *Am J Cardiol* 2004; 93: 259-62.
- Goldberg RJ, Seneff M, Gore JM, Anderson FA, Greene HL, Wheeler HB, Dalen JE. Occult malignant neoplasm in patients with deep venous thrombosis. *Arch Intern Med* 1987; 147: 251-3.
- Monreal M, Lensing AW, Prins MH, Bonet M, Fernandez-Llamazares J, Muchart J. Screening for occult cancer in patients with acute deep vein thrombosis or pulmonary thromboembolism. *J Thromb Haemost* 2004; 2: 876-81.
- Piccioli A, Lensing AW, Prins MH, Falanga A, Scannapieco GL, Ieran M, Cigolini M, Ambrosio GB, Monreal M, Girolami A, Prandoni P; SOMIT Investigators Group. Extensive screening for occult malignant disease in idiopathic venous thromboembolism: a prospective randomized clinical trial. *J Thromb Haemost*. 2004; 2:884-9.
- Di Nisio M, Otten HM, Piccioli A, Lensing AW, Prandoni P, Büller HR, Prins MH Decision analysis for cancer screening in idiopathic venous thromboembolism. *J Thromb Haemost*. 2005; 3: 2391-6.
- Steg PG, Bhatt DL, Wilson PW, D'Agostino R, Ohman R, Röther J. One-year cardiovascular event rates in outpatients with atherothrombosis. *JAMA* 2007; 297: 1197-206.
- Lozano Sánchez FS. Epidemiología y factores de riesgo de la enfermedad arterial periférica de las extremidades periféricas en España. *Med Clin Cursos (Barc)* 2012; 4(1): 3-8
- Guerrero A, Montes R, Muñoz-Terol J, Gil-Peralta A, Toro J, Naranjo M, González-Pérez P, Martín-Herrera C, Ruiz-Fernández A. Peripheral arterial disease in patients with stages IV and V chronic renal failure. *Nephrol Dial Transplant*. 2006;21(12):3525-31
- Elfant AB, Levine SM, Peikin SR, Cencora B, Méndez L, Pello MJ, Atabek UM, Alexander JB, Spence RK, Camishion RC. Bioavailability of medication delivered via nasogastric tube is decreased in the immediate postoperative period. *Am J Surg*. 1995;169(4):430-2.
- Hamilton H, Gallagher P, Ryan C, Byrne S, O'Mahony D. Potentially inappropriate medications defined by STOPP criteria and the risk of adverse drug events in older hospitalized patients. *Arch Intern Med*. 2011;171(11):1013-9.
- Holbrook A, Schulman S, Witt DM, Vandvik PO, Fish J, Kovacs MJ, Svensson PJ, Veenstra DL, Crowther M, Guyatt GH; American College of Chest Physicians. Evidence-based management of anticoagulant therapy: Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. *Chest*. 2012;141(2 Suppl):52S-84S.
- Rabuñal Rey R, Monte Secades R. Valoración de neoplasia oculta en pacientes con enfermedad tromboembólica venosa. En: R Barba Martín. Protocolos enfermedad tromboembólica venosa. Sociedad Española de Medicina Interna. Actualización 2009; capítulo 10: 141-150. Barcelona: Elsevier (ISBN 978-84-692-5840-8)
- DeCarolis DD, Thorson JG, Clairmont MA, Leuthner AM, Rector TS, Johnson GJ. Enoxaparin outcomes in patients with moderate renal impairment. *Arch Intern Med*. 2012; 172(22):1713-8.
- Nutescu EA, Spinler SA, Wittkowsky A, Dager WE. Low-molecular-weight heparins in renal impairment and obesity: available evidence and clinical practice recommendations across medical and surgical settings. *Ann Pharmacother*. 2009; 43(6):1064-83.
- Scally G, Donaldson LJ The NHS's 50 anniversary. Clinical governance and the drive for quality improvement in the new NHS in England. *BMJ*. 1998; 4:317(7150):61-5.
- Jiménez-Puente A, García-Alegria J, Lara-Blanquer A. Sistemas de información para clínicos II. Cómo analizar la eficiencia y la calidad de la asistencia intrahospitalaria. *Rev Clin Esp*. 2010; 210(7):350-4.

O'Keeffe, Lempicka, Kahlo, Carrington: pasión y locura en cuatro grandes artistas del siglo XX*

*O'Keeffe, Lempicka, Kahlo, Carrington:
passion and madness in four great artists of the XXth century*

Julio Montes Santiago¹, Yolanda Carbajales Ferreiro², Esther Montes Carbajales³.

¹Medicina Interna. Complejo Hospitalario Universitario. Vigo. ²Licenciada en Bellas Artes. ³Estudiante de Sociología.

Resumen

Se analizan los datos patobiográficos de 4 geniales mujeres artistas del siglo XX: O'Keeffe, Lempicka, Kahlo y Carrington. En algún momento de sus vidas sufrieron cuadros patológicos psiquiátricos muy graves, que ejercieron una profunda influencia en su trayectoria artística. No obstante, su determinación les llevó a rehacerse de tales infortunios y les permitió descubrir novedosos caminos de expresión para desarrollar su talento creador.

Palabras clave: Georgia O'Keeffe. Tamara de Lempicka. Frida Kahlo. Leonora Carrington. Depresión.

Abstract

The patobiographic data of four great XXth century women artist (O'Keeffe, Lempicka, Kahlo and Carrington) are analyzed. At some point in their lives suffered very serious psychiatric diseases, which had a profound influence on his career. However, their determination led them to overcome such misfortunes and allowed them to find novel ways of expression to develop their creative talent.

Key words: Georgia O'Keeffe. Tamara de Lempicka. Frida Kahlo. Leonora Carrington. Depresión.

La mujer como artista: un largo camino hacia el reconocimiento

No cabe duda de que, tradicional y globalmente, la cultura y manifestaciones artísticas han sido consideradas cosa de hombres. Así, en el prestigioso *ARTBOOK* de la editorial *Phaidon*, en que se consignan alfabéticamente las biografías de 500 grandes artistas de todas las épocas, aparecen sólo 20 mujeres (4%)¹. No han mejorado mucho las cosas en época moderna. En una actual y reconocida monografía sobre *Arte Moderno* (2011), abarcando desde 1870 hasta la actualidad, sólo se citan a 11 (6%)². Por supuesto, la situación en nuestro país no es más halagüeña. Un reciente informe sobre las cerca de 1000 exposiciones individuales de artistas en España, en 22 centros durante la década 1999-2009, indica que sólo el 21% tuvieron como protagonista a mujeres (10% si se contabilizan las españolas)^{3,4}. En cuanto a la representación de obra permanente en 10 Museos españoles de Arte Contemporáneo la presencia de obra femenina es del 18% (que baja al 10% si se consideran artistas españolas). Sin embargo, todo ello contrasta con publicaciones recientes que afirman que el 70% de los artistas contemporáneos de importancia son mujeres^{5,6}. Aunque tal aseveración merezca matices interpretativos en relación con el significado otorgado al término "artista importante", lo cierto es que tal aseveración refleja certeramente esta revolución cualitativa producida en el siglo XX, y que ha llevado a la mujer a la vanguardia de las manifestaciones culturales⁶⁻¹².

En el campo de la pintura es incuestionable que las figuras de Georgia O'Keeffe (1887-1986), Tamara de Lempicka (1898-1980), Frida Kahlo (1907-1954) y Leonora Carrington (1917-2011), constituyen hitos fundamentales en ese periodo de reivindicación artística femenina. A ellas podrían añadirse otros nombres como la santanderina María Blanchard, Gabrielle Münter, Sonia Delauney, Lee Krasner, Ana Mendieta, etc. Sin embargo, en estos y en otros casos significativos, su obra ha quedado muchas veces eclipsada por la personalidad de sus compañeros artísticos y sentimentales -caso de Münter y el padre del abstraccionismo, Vasili Kandinsky; de Sonia Delauney y su marido, el cubista Robert Delauney; de Lee Krasner y el expresionista Jackson Pollock; de Ana Mendieta y el minimalista Carl André... No obstante, en los casos que aquí nos ocupan, el supremo juez del tiempo ha consolidado sus méritos, otorgándoles la categoría de genios del arte cuya fama ha sobrepasado a la de sus parejas -caso de Georgia O'Keeffe y de su marido, el gran fotógrafo Alfred Stieglitz-; se ha mantenido en similar parangón, si no superior -Frida Kahlo y su marido, el muralista mejicano Diego Rivera- o ha sido reconocida con un talento singular y genial, al margen del que fuera su compañero y mentor -caso de Leonora Carrington y el artista surrealista Max Ernst. No sin esfuerzo, como puede suponerse, llegaron a conseguir ese status de artistas sin más, por encima de la consideración sobre su sexo. En el sentido anterior son significativas las palabras de Georgia O'Keeffe cuando declaraba: "A los hombres les gusta zaherir-

*Una versión preliminar de este trabajo con el título: *O'Keeffe, Lempicka, Kahlo: las dolencias y pasiones de tres grandes artistas*, apareció en 2007 en la web www.meiga.info. Tal trabajo no se encuentra ya disponible. Subsecuentemente, el presente artículo es una profunda reelaboración del mismo; con aporte de nuevos contenidos de escritura y gráficos; revisión y modernización de los textos previos, y la adición de una más detallada actualización bibliográfica. Así mismo, se incorpora una nueva coautora.

me diciendo que soy la mejor mujer pintora. Yo creo que soy uno de los mejores pintores (sin distinción de sexos)⁷, p.283. Tampoco dejan de ser significativas sobre tal cuestión, las opiniones generalizadas de los profesores y críticos de arte en la década de los años 40 ó 50. Por ejemplo, Hans Hoffman, cuyo mejores elogios hacia sus alumnas, incluida Lee Krasner, eran: "Este cuadro es tan bueno, que no puede saberse que es obra de una mujer"⁷, p.302. En tal contexto es paradigmática la apasionada defensa de la obra de su esposa realizada por el fotógrafo y galerista de arte, Alfred Stieglitz: "Dicen los científicos que las mujeres sólo pueden crear niños, pero yo digo que pueden también producir arte, y la prueba de ello es Georgia O'Keeffe"⁷, p.285. También la expresión tremendamente gráfica de Leonora Carrington, ya al final de su fecunda carrera artística: "Ser mujer sigue siendo muy difícil todavía. Y debo decir, con un mejicanismo, que sólo se supera con mucho trabajo cabrón"³. O, en fin, las formulaciones más conocidas acerca del papel general femenino de Simone de Beauvoir: "No se nace mujer, se llega a serlo" [*El segundo sexo*, 1949 (trad. española: 1957)]; de Betty Friedan acerca del "problema sin nombre" [*Mística de la feminidad*, 1963 (trad. española: 1974)]⁹, o el clásico artículo de Linda Nochlin *¿Por qué no ha habido grandes mujeres artistas?* (1971)⁹, pp.283-9.

En este trabajo se consideran las vidas de la norteamericana Georgia O'Keeffe, la polaca-rusa Tamara de Lempicka, la mejicana Frida Kahlo y la inglesa Leonora Carrington, artistas prácticamente contemporáneas, aunque de ambientes y temperamentos muy distintos (Figuras 1-4). Sin embargo, en ellas concurren notables similitudes, mucho más allá del hecho de forjarse un lugar en el tradicional Olimpo masculino de la inmortalidad artística. Por ejemplo, una característica común a las cuatro fue su amor entusiasta por las ardientes y luminosas tierras de México. Esta pasión les llevará a permanecer siempre en ellas –Frida Kahlo-. A enamorarse de las mismas y retornar con frecuencia, con la visita incluida a Frida Kahlo y Diego Rivera- y últimamente a morir muy cerca de ellas –Georgia O'Keeffe-. A establecer entre sus paisajes el refugio de los últimos años hasta la muerte -Tamara de Lempicka. En fin, a desarrollar una renacida carrera artística, tras las cumbres de un brillante periodo anterior y el rescate de los precipicios de la locura-Leonora Carrington.

Georgia O'Keeffe:

mirad, el desierto ha florecido^{6,9-11,14-16}

Georgia Totto O'Keeffe nace en 1887 en el seno de una familia de granjeros de ascendencia húngara en Sun Prairie, Wisconsin. En 1903 se traslada con su familia a Williamsburg (Virginia) y en 1905 comienza sus estudios en el Instituto de Arte de Chicago. En 1907 contrae el tifus, que durante un período la aparta de sus estudios, continuándolos en Nueva York en la Liga de Estudiantes de Arte, donde se le concede



Figura 1.1. Georgia O'Keeffe (1918).



Figura 1.2. Georgia O'Keeffe. Días de verano (1936).

un premio por su pericia técnica. En 1908 visita por primera vez la *Galería 291* de Alfred Stieglitz, donde admirará las obras en papel de Auguste Rodin. Las dificultades económicas de su familia la obligan a trabajar como publicista en Chicago. En 1910 contrae el sarampión que afecta gravemente a sus ojos por lo que tiene que dejar de trabajar. En 1912 y tras asistir a las clases de A. Bement, comienza a dar clases en los meses de verano en la Universidad de Virginia y posteriormente pasa dos años como tutora de arte en Amarillo (Texas). En 1914 se traslada a la Universidad de Columbia de Nueva York donde asiste a las clases de A.W. Dow y se afilia al National Woman's Party. Hasta 1917 imparte cursos de arte en Colegios de Carolina del Sur y Texas. En 1917, Alfred Stieglitz organiza en la *Galería 291*, al parecer sin el permiso de Georgia, pues era muy tímida, una exposición de sus primeros dibujos y acuarelas. A partir de ese momento, Stieglitz se constituye en su mentor, se convierten en amantes, y poco después el fotógrafo comienza la serie de más de 300 fotografías que le hará a lo largo de su vida. En ese año viaja por primera vez a Nuevo Méjico que le fascinará. En 1918, con el apoyo económico de Stieglitz, se traslada a Nueva York y pasa los veranos en el Lake George. En 1921, Stieglitz expone 25 fotografías de Georgia, algunas desnuda, lo que causa una auténtica conmoción y son precipitantes, en parte, del divorcio ulterior del fotógrafo¹⁶. En 1923 Alfred Stieglitz vuelve a exponer una muestra de 100 de sus obras y al año siguiente realizan ambos una exposición conjunta en la Galería Anderson. A finales de ese año, una vez conseguido el divorcio de su primera mujer, Georgia se casa con Stieglitz. Desde 1925 a 1927 expone en diversas galerías de Nueva York, representando sucesivamente sus famosas flores y los conocidos edificios neoyorkinos. En 1929, en una crisis de su matrimonio con Stieglitz, pasa el verano invitada por un amiga en Nuevo Méjico, rutina que se repetirá anualmente, a partir de 1934 en el llamado *Ghost Ranch*. Desde allí y recorriendo aquellos parajes en su inmenso Ford A, que le sirve como estudio y refugio, desarrollará sus personales, paisajes y motivos: tierras áridas, montañas rojizas, cráneos de vacunos... En 1945 restaurará una casa de adobe en Abiquiu, Nuevo Méjico, que se convertirá en otro de sus temas característicos. En este tiempo, por mediación de Stieglitz y hasta la muerte de éste, realizará una exposición prácticamente anual en diversas galerías. Previamente, sin embargo, en 1931 sufre una crisis nerviosa que motiva su hospitalización, el abandono de la pintura durante más de un año y la permanencia durante varias temporadas de recuperación en las Islas Bermudas. Sin embargo, tras esta crisis logra desembarazarse, ya definitivamente, de la asfixiante opresión que había ejercido su marido sobre su talento artístico. A partir de 1939 se suceden los homenajes, distinguiéndola como una de las 12 mujeres más sobresalientes de los últimos 50 años y expone en Chicago y en el Modern Art de Nueva York (MoMA). En 1946 muere Stieglitz a los 82 años (de un infarto

de miocardio). Sobreponiéndose a la tristeza, permanece en Nueva York resolviendo las cuestiones derivadas de la donación de la obra de su marido a diversas instituciones. Por fin, en 1949 se muda definitivamente a Nuevo Méjico.

En 1953, con 66 años, y durante los siguientes 20 años, inicia una serie de incesantes viajes que la llevarán a países como Méjico, España -al que acudirá repetidamente y en cuya visita al Prado será seducida por Goya-, Francia, Japón, el Pacífico, Grecia, Egipto, Oriente próximo, Marruecos, Guatemala... Ello traerá nuevos motivos de inspiración a sus pinturas. Durante todos estos años recibe innumerables reconocimientos y es admitida en la *American Academy of Arts and Letters*. En 1971 pierde gran parte de la visión central debido a una degeneración macular. No obstante, con ayuda del artista alfarero Juan Hamilton, dedica sus energías a crear nuevas formas en cerámica. En 1976 se publica sobre su obra el libro de la Editorial Viking y en 1977 se emite por TV el video de Perry Miller Adato. En 1978 el Metropolitan Museum de Nueva York expone las fotografías que Stieglitz le realizara y ella redacta el prólogo del catálogo. A los 93 años realiza su último viaje fuera de EEUU -Costa Rica-, y muere finalmente en 1986 a la edad de 98 años (Santa Fe, Nuevo Méjico). En 1989 se crea allí la *Georgia O'Keeffe Foundation*, para administrar su legado artístico.

Tamara de Lempicka:

un grito aristocrático de libertad^{6,9-11,17-21}

Tamara Gorska nace en Varsovia, entonces perteneciente a Rusia, en una familia adinerada. Su padre era abogado y su madre de educación distinguida. A los 12 años su madre encarga su retrato, pero ella, no contenta con el mismo, obliga a su hermana menor a posar para ella, quedando mucho más satisfecha del resultado. Aburrida de la educación en internados, consigue que le saquen y en 1911 emprende con su abuela materna un viaje por Italia y la Riviera Francesa, donde se descubrirá su pasión por el arte. A los 16 años, Tamara que estudia en Lausana, se niega a volver a la casa de su madre, que se ha divorciado, y se queda a vivir con una tía en Petrogrado. Allí se enamora y se casa a los 18 años con el abogado Tadeus Lempicki. Durante la Revolución rusa de 1917 Lempicki es arrestado por los bolcheviques, consiguiendo al fin Tamara su liberación y viajando entonces ambos hacia Copenhague. Al final, se establecen en París, donde nace su hija Kizette. Allí, Tamara recibirá clases de pintura de Maurice Denis y André Lhote. Comienza a vender sus primeros cuadros y entra en contacto con el Salon des Indépendants y el Salón de Otoño, lo cual le permite mantener un lujoso tren de vida con frecuentes viajes al extranjero. Durante los años 20, Tamara se involucra decididamente en la vida bohemia de París, alternando con personalidades como Picasso, Cocteau o André Gide. Así mismo, se relaciona y realiza sensuales retratos de

conocidas mujeres lesbianas y bisexuales como la cantante Suzy Solidor o las escritoras Colette y Vita Sackville-West. En 1925, tiene lugar la primera exposición de *Art Deco* en París en la que participa activamente, lo cual le permite aparecer en revistas americanas como el *Harper's Bazar*. En ese año Tamara y Kizette viajan a Italia para estudiar las obras maestras clásicas y el Conde de Castelbarco organiza la primera exposición de Tamara en dicho país. También 1925 es el año del encuentro con el famoso dramaturgo y novelista italiano Gabrielle D'Annunzio, con el que mantendrá en los próximos tres años una tórrida aventura amorosa y cuyo desenlace dejará amargo regusto a ambas partes. En 1927 alcanza con un retrato de Kizette un importante premio en la Exposición Internacional de Bellas Artes de Burdeos, y se le concede una medalla de bronce en la Exposición Internacional de Poznan en Polonia. En 1928 Tamara se divorcia de Tadeus —que la había dejado por otra mujer— y ese mismo año conoce al Barón Raoul Kuffner, convertido en marchante y coleccionista de su obra, y con el cual se casará en 1933. Durante este tiempo se ha producido un intenso reconocimiento de su pintura, siendo el cuadro *Tamara al volante de un Bugatti verde*, posiblemente el más emblemático de esta manera independiente y libre de vivir. Este reconocimiento le granjea otros encargos como el retrato del rey Alfonso XIII, exiliado en Roma, o la reina Helena de Grecia. Sin embargo, en 1935 sufre una profunda depresión, con frecuentes visitas a clínicas psiquiátricas suizas, y se produce un cambio radical de temática que se torna mística o costumbrista. A partir de 1937, sin embargo, retorna a su vida social y a partir de 1938, previendo los oscuros tiempos que se avecinan debidos a la amenaza nazi, Tamara convence a su marido y en 1939 ambos viajan a Estados Unidos. Allí Tamara expone con éxito y el matrimonio se traslada a Beverly Hills donde entran en contacto con lo más granado de Hollywood. En 1941-1942 realiza algunas exposiciones en Nueva York y San Francisco. Durante esos años su hija Kizette se reúne con ellos y se casa con un geólogo norteamericano. A partir de 1943, se trasladan a Nueva York pero la producción de Tamara cae ostensiblemente. Ella atraviesa varios episodios depresivos. Pretendiendo relanzar su carrera en 1960 intenta la pintura abstracta aunque no consigue el reconocimiento y acaba abandonando la pintura. En 1962 muere el barón Kuffner de un infarto de miocardio, lo cual provoca un efecto devastador sobre su ánimo. A partir de 1963 se va a vivir a Houston (Texas), con Kizette y su familia. Pronto adquiere sobre ellos una casi despótica preeminencia. Tras unos años de ostracismo, en 1973 se organiza una retrospectiva de su obra en la Galería de Luxemburgo de París, que supone el reconocimiento moderno de toda su obra. Paradójicamente, a ello contribuye también la aparición en 1977 del famoso libro de Franco María Ricci sobre ella y en el que se desvelan algunos detalles escabrosos sobre su vida íntima, como su relación con D'Annunzio. En 1974 Tamara, ya enferma, con



Figura 2.1. Tamara de Lempicka (1930).



Figura 2.2. Tamara de Lempicka. Retrato de Marjorie Ferry (1932).

arterioesclerosis y enfisema en relación con su tabaquismo, que no abandonó nunca y con crisis taquicárdicas, se trasladó a Cuernavaca en Méjico. En 1980, ya con vida muy limitada y con oxígeno domiciliario, muere durante el sueño. Sus cenizas son esparcidas sobre el volcán Pococatepetl. El coleccionismo de su obra por parte de personajes famosos, como Jack Nicholson o Madonna, contribuirá posteriormente a forjar su imagen como icono de mujer sofisticada, liberada e independiente.

Frida Kahlo: el genio tallado a golpes de dolor^{6,9-11, 22-27}

Magdalena Carmen Frieda Kahlo, que cambiaría su nombre a Frida Kahlo, nace en 1907 en Coyoacán, un pueblo de la periferia de Ciudad de Méjico, como tercera hija de Guillermo Kahlo, fotógrafo de origen alemán, y Matilde Calderón. A los 5 años contrae poliomielitis, que le dejará como secuela un acortamiento del pie derecho. Realiza los estudios primarios en el Colegio Alemán de Méjico y en 1922 acude a la Escuela Nacional Preparatoria con intención de estudiar la carrera de Medicina. Aquí ve por primera vez a Diego Rivera mientras éste pinta el mural *La Creación*. El 17 de septiembre de 1925 sufre un grave accidente al chocar un tranvía con el autobús en que viajaba. Tras pasar un mes en el hospital, va a permanecer durante un año escayolada, lo cual propiciará su dedicación a la pintura, aunque ya antes había recibido clases de pintura del grafista publicitario Fernando Fernández. En 1928 se hace miembro del Partido Comunista, encontrándose de nuevo con Diego Rivera, y se produce su enamoramiento. El pintor la retrata como revolucionaria en su fresco *Balada de la Revolución* del Ministerio de Cultura. En 1929 se casan, instalándose en Ciudad de Méjico y después en Cuernavaca. Ese año abandona también el Partido Comunista cuando Diego es expulsado de él. En 1930 se le practica un aborto terapéutico debido a una desfavorable presentación pélvica. Diego Rivera recibe encargos en San Francisco y Frida le acompaña. En 1930 las molestias en el pie la obligan a ponerse en manos del Dr. Leo Eloesser, que se convertirá en su amigo y consejero hasta la muerte de la pintora. Durante su estancia en EEUU aumentan los dolores y la deformación de la pierna derecha, por lo cual regresan a Méjico. En 1932 vuelven a EEUU (Detroit), donde Diego ejercita diversos encargos. En dicha ciudad, a los tres meses de embarazo Frida presenta su segundo aborto, por lo que es ingresada en el hospital Henry Ford. Ese mismo año fallece su madre. En 1933 la pareja se traslada a Nueva York donde Rivera pinta un mural en el Centro Rockefeller, que finalmente será destruido debido al desafío de reflejar en el mismo una efigie de Lenin. A finales de ese año regresan a Méjico y se establecen en la casa de Santo Ángel. En 1934 presenta su tercer aborto. Es intervenida por vez primera en el pie derecho y en intervenciones posteriores le serán



Figura 3.1. Frida Kahlo (1939).

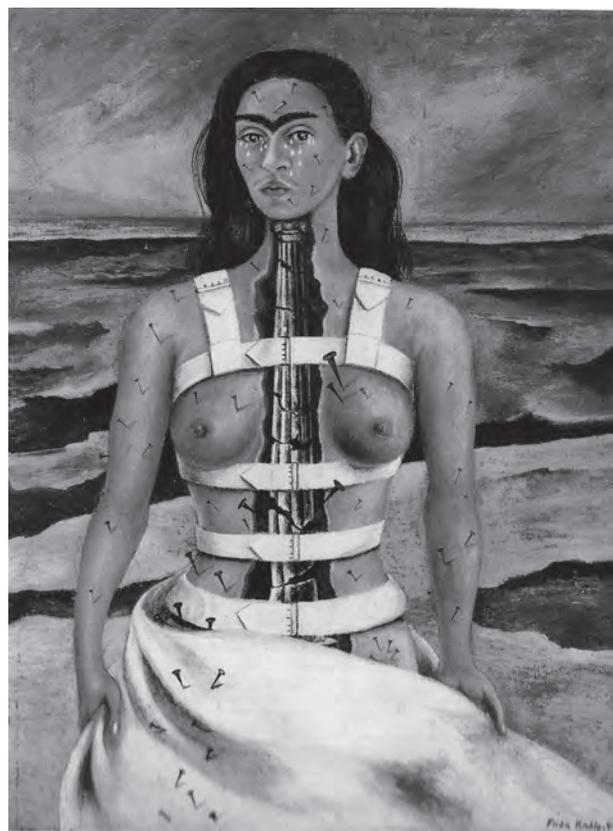


Figura 3.2. Frida Kahlo. La columna rota (1944).

amputados varios dedos. En 1934 la relación sentimental de Diego Rivera con su hermana Cristina provoca un grave deterioro de sus relaciones, que finalizará con el divorcio de Frida y Diego. Frida abandona la casa de Santo Ángel y se enrolará en sucesivas relaciones sentimentales, incluyendo relaciones lésbicas o con personajes como el escultor americano Isamu Noguchi, el fotógrafo Nickolas Murray o el revolucionario ruso León Trotsky. Este había llegado a México con su mujer, invitado por Rivera y Frida los había acogido en su casa. En 1938 André Breton y su mujer viajan a Méjico para encontrarse con Trotsky, siendo huéspedes de Frida y Diego. Como consecuencia de ello Breton le organiza una exposición en París, ciudad a la que Frida viaja en 1939. Allí conoce a los pintores surrealistas, pero queda muy decepcionada por el trato dispensado y regresa a Méjico. Y siempre se negó a ser catalogada dentro de este movimiento porque como decía “*no pinto mis sueños sino pura realidad*”. A finales de 1939 se divorcia de Diego Rivera. El año siguiente viaja a San Francisco para ponerse en manos del Dr. Eloesser y se vuelve a casar con Diego Rivera a finales de diciembre. En 1941 muere su padre de un infarto y Frida vivirá con Diego Rivera en la *Casa Azul* de Coyoacán. En 1942 comienza a escribir su diario y obtiene por mediación de Diego un puesto docente en la Escuela de Arte *La Esmeralda*. Sus discípulos serán conocidos como “Los Fridos”. Su mal estado de salud le obliga, sin embargo, a dar clases en la *Casa Azul* a la que convierte en hogar-edificio docente-museo. En 1946 se le otorga el premio nacional de pintura por su obra *Moisés*. Ese mismo año vuelve a ser intervenida de la columna vertebral en Nueva York y en 1950 es reintervenida 7 veces de la misma, permaneciendo 9 meses en el hospital. De este sale utilizando una silla de ruedas para sus desplazamientos. A partir de entonces, y de nuevo admitida en el Partido Comunista, desarrolla una incesante labor política. En 1953 su amiga Lola Álvarez organiza la primera exposición de su obra en Méjico, la cual constituye un rotundo éxito. Frida debe ser conducida a la misma acostada en su propia cama. Sin embargo, ese año debe amputársele la pierna derecha a la altura de la rodilla, lo cual le ocasiona una atroz depresión. Durante todo este tiempo la pintora abusa de los analgésicos y del alcohol y piensa insistentemente en el suicidio. De hecho, las últimas palabras escritas en su diario serán: “*Espero alegre la salida... y espero no volver más... Frida...*”. En 1954, a pesar de estar enferma, participa en una manifestación contra la intervención norteamericana en Guatemala. Tras ello desarrolla una neumonía y muere el 13 de Julio de 1954. En el certificado oficial consta el diagnóstico de embolia pulmonar aunque se suscitan fundadas dudas sobre su posible suicidio. Su cuerpo es incinerado y sus cenizas depositadas en la *Casa Azul* de Coyoacán, que Diego Rivera donará, convertida en museo, al pueblo mejicano.

Leonora Carrington:

cabalgando por la locura y el genio^{6,13,28-32}

Nació en Lancashire (Inglaterra), en el seno de una acaudalada familia industrial textil. En su educación jugaron un papel fundamental una institutriz francesa, una *nanny* inglesa y su madre de origen irlandés, quien le relataba leyendas celtas y leía las historias fantásticas de CS Lewis (*Crónicas de Narnia*) o Lewis Carroll (*Alicia en el País de las Maravillas*). Sin embargo, Leonora fue una niña difícil, siendo expulsada de varios colegios de religiosas católicas. Debido a ello, se la manda a un internado en Florencia. Allí acude a la Academia de Arte de la Sra. Penrose y queda fascinada para siempre por el mundo estético. A su regreso, fue presentada en sociedad y se le permitió dedicarse a su otra gran pasión: la hípica, tan presente en su obra más significativa.

Aunque con la oposición de su padre, logra irse a estudiar a la Chelsea School of Art, en Londres, y sigue posteriormente clases con el pintor Amadée Ozenfant. En la *Exposición Internacional Surrealista* (Londres, 1936) queda fascinada por dicha propuesta artística y en 1937, durante una cena, es presentada al pintor Max Ernst. El enamoramiento de Leonora, de 20 años, y Ernst, de 47, fue inmediato. Poco tiempo después se fugó con él a París, tras una estancia en Cornualles. Aquí coincidieron varios famosos artistas: Man Ray, Paul Éluard y Roland Penrose. Inmortalizando aquella reunión, el último realizó una famosísima fotografía *-Las durmientes-* en que aparecen con los ojos cerrados las musas y parejas de los artistas: Lee Miller -de Man Ray-, Ady Fidelin -de Penrose-, Nusch Éluard -esposa de Paul- y Leonora -amante de Ernst⁶. Ya en París colabora con Ernst en los decorados de la obra *Ubu Rey* de Alfred Jarry y en el verano de 1937 se trasladan a una casa de campo en Saint-Martin d'Ardèche, al sur de Francia. La decoran con esculturas y espléndidos murales. Uno de ellos representa a la pareja y sus apelativos mutuos: el de Ernst, *Loplop*, el pájaro superior, ser híbrido entre pájaro y estrella de mar, y ella es la *Desposada del Viento*. En 1938 publica el libro de cuentos *La casa del miedo*. En el Prólogo nos la presenta Ernst: *¿Quién es la Desposada del Viento? [...]. No ha leído nada, sino que se lo ha bebido todo. No sabe leer, y sin embargo, la vio el ruiseñor sentada en la piedra del manantial, leyendo. Y aunque estaba leyendo para sí, los animales y los caballos la escuchaban admirados...*³³

En este periodo de gran intensidad creativa participa, junto a los surrealistas, en exposiciones como la *Internacional de Surrealismo* (París y Ámsterdam, 1938). En París se convierte en su musa y se relaciona con gente como Miró, Picasso, Dalí, Duchamp o André Breton. De este periodo data su cuadro más conocido: *Autorretrato*



Figura 4.1. Leonora Carrington (1937).



Figura 4.2. Leonora Carrington. Autorretrato en el albergue de la casa del alba (1937).

en *el albergue de la casa del alba* (1937): vestida de amazona, el pelo negro desmelenado, tiene a sus pies una hiena hembra, con un caballo balancín en la pared sobre sí y un caballo blanco que se aleja a través de una puerta abierta.

Pero la tragedia no tardará en estallar. En los albores de la 2ª Guerra Mundial y como “sospechoso” ciudadano alemán en Francia, Max Ernst es encarcelado. Leonora, junto a Éluard y otros amigos consigue su libertad, pero, con la invasión nazi, es otra vez detenido, ahora por la Gestapo, y enviado a un campo de concentración en Aix-en-Provence. Ello provoca en Leonora la angustia y el inicio de algunos de los síntomas de la enfermedad que eclosionará más tarde. Preocupada por su propia seguridad, Leonora escapa a Madrid, vía Andorra y Barcelona, decidida a obtener el visado para Ernst. Aquí, en 1940, ya con algunos signos evidentes de desequilibrio mental, pero con cierta lucidez profética que la impulsa a solicitar una entrevista con Franco para que no se alíe con Hitler y Mussolini, y repartir panfletos por la calle contra el nazismo, sufre una terrible violación por oficiales requetés, que la dejan abandonada en pleno Parque del Retiro, tomándola por “loca”²⁹. Tal experiencia traumática rompe definitivamente el frágil equilibrio mental y se sumerge en un estado alucinatorio que motiva su ingreso en un manicomio en Santander. Allí, al principio, se le mantiene en inmovilidad inducida farmacológicamente³¹.

Por fin, por mediación de un familiar y del embajador inglés, y tras una lenta mejoría, Leonora consigue ser enviada a Lisboa, bajo la vigilancia de una dama de compañía. Desde allí su padre planeaba mandarla a otro nosocomio, esta vez en Sudáfrica. En Lisboa, vuelve a encontrarse con su gran amor, Max Ernst. Sin embargo este, que había logrado escapar de los nazis, había rehecho su vida, casándose con la magnate y mecenas de artistas, Peggy Guggenheim. “*Son las circunstancias de la vida que cambia*”^{6,p.138}, declararía en una entrevista 64 años después, todavía con deje nostálgico. Entonces Leonora da esquinazo a su dama de compañía, se refugia en la Embajada de México y, para no ser entregada a los nazis o volver con su familia, se casa por conveniencia con el diplomático mexicano y amigo de Picasso, Renato Leduc.

En 1941, y tras pasar una temporada en Nueva York, ambos se trasladan a México, donde se divorcian amistosamente unos años después. En México entra en estrecha relación con un amplio grupo de surrealistas, exiliados de la guerra, como ella: la pintora Remedios Varo y su esposo también artista, Benjamin Péret, André Breton, Luis Buñuel, etc. Allí conoce a “Chico” Weisz, un fotógrafo húngaro compañero de Robert Cappa, y del que rescata una maleta con negativos fotográficos de la Guerra Civil Española. Se casan en 1946 y tienen dos hijos: Gabriel –intelectual y poeta- y Pablo –médico y pintor.

En este tiempo, asentada en su vida emocional y artística, despliega su actividad como pintora con temas de su universo de raíces irlandesas, repleto de criaturas fantásticas y mundos místicos, con motivos celtas, caballos, druidas, hadas... Pero también incorpora motivos de sus lecturas y vivencias: la mística tibetana (recibe enseñanzas de un lama exiliado en Canadá), la cábala judía, los escritos de Carl Jung, *La diosa blanca* de Peter Graves, etc. Realiza numerosas exposiciones y grandes museos -como el Metropolitan de Nueva York o la Tate Modern de Londres- adquieren sus obras. En 1943 conoce al gran mecenas de los surrealistas Edward James. Este se convierte en su mayor coleccionista y promueve la difusión de su obra. Así, en 1948 celebra su primera exposición individual en la Galería Pierre Matisse de Nueva York.

Ejerce además de fuente inspiradora para insignes escritores mexicanos: Octavio Paz, Carlos Fuentes, Carlos Monsivais, Alejandro Jodorowski, Elena Poniatowska...Y ella misma también cultiva la escritura: teatro (*Penélope*, 1946) o libros de relatos (*El séptimo caballo*, *La casa del temor*, etc.). En 1985, tras el gran terremoto en Ciudad de México pasa unos años en Nueva York y Chicago, pero regresa en 1991. Se le concede en 2005 el Premio Nacional de México de Ciencias y Artes. En los últimos años hace una vida retirada en la colonia Roma de Ciudad de México: Abandona la pintura, pero elabora unas esculturas de gran formato en cera, con motivos de árboles, caballos alados, etc. Es reconocida como auténtica leyenda de la cultura mexicana. "Nuestro tesoro" la llamará la reciente Premio Cervantes de Literatura 2013 y amiga entrañable, Elena Poniatowska²⁹, que le tributará su novela *Leonora*. Y allí, en ese amado país, que la acogió con generosidad, fallece de una neumonía a los 94 años (2011). Reposa en el cementerio inglés.

Cuando la depresión toma nombre de mujer

Otra de las grandes semejanzas entre estas cuatro grandes artistas, y el motivo fundamental de su inclusión conjunta en este estudio, es la constatación de que, en algún momento o prolongadamente, sus vidas fueron zarandeadas por graves periodos psicóticos o depresivos. Esta circunstancia modeló de forma decisiva la forma de enfrentarse a la vida y por tanto la peculiar expresión artística -Frida Kahlo-; determinó un cambio radical en su temática -Tamara de Lempicka-; produjo lagunas de producción artística en ciertos épocas y determinó en otras una nueva actitud vital y un renacer de temas y formas de expresión -Georgia O'Keeffe-; o le ayudó a recuperarse de su grave proceso mental y afirmar para siempre en su obra artística los elementos oníricos, a veces, fantasmagóricos -Leonora Carrington-. En el caso de Georgia O'Keeffe, varios fueron los factores contribuyentes al grave brote psiconeurótico que precisó su hospitalización en

la década de los 30. Uno de ellos fue la lucha por liberarse de ese ambiente masculino opresivo hacia su obra, incluyendo transitoriamente las presiones de su propio mentor y marido, Alfred Stieglitz. Otro fue la necesidad sentida de huir de unas valoraciones excesivamente reduccionistas de la misma, como las interpretaciones sexuales de carácter psicoanalítico de sus famosas flores y de otras pinturas. Otro más, la percepción aguda de sus propias carencias para realizar, por encargo, una obra ambiciosa en soportes con los que no estaba familiarizada, como la pintura mural. Y por fin, también, la supuesta infidelidad de su marido -que alcanzó cotas de notoriedad pública en la época- y los celos hacia la modelo Dorothy Norman, que había posado desnuda para él, como anteriormente lo había hecho la propia Georgia. Aunque se reconciliaron, la muerte de Stieglitz a los 82 años -cuando Georgia contaba 59- constituyó, el acicate para los incesantes viajes por todo el mundo, que ampliaron su horizonte en forma de nuevas temáticas y formas de expresión plástica no ensayadas antes, como la cerámica.

En el caso de Tamara de Lempicka, en uno de los máximos periodos de creación artística, y cuando, gracias a su segundo matrimonio, se había convertido ya en la baronesa Kuffner (1933), una profunda crisis depresiva motiva en 1934-1935 un cambio radical de sus cuadros, hasta entonces elegantes o voluptuosos, hacia una temática exclusivamente religiosa y mística. La lleva incluso a un conato de retirada a un monasterio de la Toscana, cerca de Parma, -donde realiza el célebre retrato de *La madre superiora*-. Tras numerosas estancias y tratamientos en sanatorios suizos en busca de la serenidad perdida, sólo a partir de 1937 comienza a recobrar la estabilidad emocional. Entonces retorna a la pintura a través de una serie de retratos costumbristas de gran virtuosismo técnico. Las perspectivas de exposiciones a cargo de galerías americanas y la definitiva emigración a Estados Unidos en 1939, junto con su marido, impelidos por la amenaza nazi, y el reconocimiento y aceptación por las gentes de Hollywood, hace que Tamara recobre su aristocrático y frenético tren de vida anterior. Posteriormente, y cuando ya había periclitado su carrera como artista reconocida, la muerte de su segundo marido ocasiona otro grave periodo depresivo. Ello le llevó a buscar el apoyo en sus seres queridos -su hija Kizette y su familia-, pero determinando una abrupta interferencia en las vidas de éstos.

En el caso de Frida Kahlo, como es bien conocido, el terrible accidente sufrido a los 18 años cambió radicalmente sus expectativas vitales, motivando su dedicación a la pintura. Las innumerables operaciones sobre su columna, la amputación final de un pie, los abortos repetidos o las tempestuosas relaciones con Diego Rivera, determinaron un largo rosario de episodios de insoportable dolor, numerosas temporadas de abuso de alcohol y analgésicos y prolongados

estados depresivos que pudieron culminar, más allá de las explicaciones oficiales, en su posible suicidio^{22,26,27}. Toda su obra será testimonio y a la vez liberación de esos dolores físicos y morales²⁵. Por ello reaccionará con energía, como se ha dicho, a la adscripción pretendida por André Breton a la corriente surrealista, argumentando que ella nunca pintó sueños sino sólo su propia realidad...A pesar del intento de indómita resistencia expresado en obras como *Árbol de la esperanza mantente firme*, el creciente desmoronamiento corporal y la progresiva desolación interior dará lugar a cuadros tan característicos como *Las dos Fridas*—sobre los acontecimientos que llevaron a su primer divorcio de Diego Rivera, *Henry Ford Hospital*—sobre su aborto en dicho centro; *Lo que al agua me dio*—sobre las úlceras de sus pies que conducirán a la amputación de una pierna y precipitarán el derrumbe físico y psíquico final; *La columna rota*—sobre los terribles dolores, las innumerables intervenciones y las interminables estancias en hospitales, etc.^{26,27,34}

En cuanto al episodio psicótico de la vida de Leonora Carrington, ella misma ha legado un relato de éste, que condensa en 5 jornadas, y que se encuentra a medias entre el onirismo, el delirio alucinatorio y los hechos reales³¹. Iniciado el padecimiento por la angustia de la detención de Max Ernst por la Gestapo, y amenazada su propia seguridad, se declara en toda su virulencia durante la estancia en Madrid, a la que quería “liberar”. Aquí, exponiendo su vida, lanza diatribas contra el régimen nazi y el de Franco, que se alternan con episodios convulsivos y alucinatorios, durante los cuales, p.ej. asumía el papel de diversos animales y relinchaba como un caballo, ladraba como perro, etc. Además se obsesiona con el “dominio” que ejerce sobre su mente el psiquiatra que la atiende. Tras su traumática violación, los síntomas empeoraron, por lo que tras las gestiones de su padre cerca de la Embajada de Madrid, es ingresada en el Manicomio del Dr. Luis Morales, en Santander. Allí se le aplica terapia con luminal y cardiazol. Este compuesto -pentilenotetrazol-inducía sintomatología semejante al *grand mal* epiléptico y consigue mantenerla en sumisión e inmovilidad. En una entrevista aparecida en 2002 y preguntado por su uso, el Dr. Morales respondió: “Usé Cardiazol como sustituto químico del electroshock. Leonora necesitaba relajarse. La usé médicamente como tratamiento para la Leonora creativa. El arte, si no se canaliza bien, provoca todo tipo de enfermedades: respiratorias, intestinales o mentales. En el caso de Leonora Carrington fue esquizofrenia sintomática”³². Por fin, después de una fase obsesiva, con ordenación compulsiva de sus objetos personales, y ayudada por la pintura, Leonora mejora y consigue convencer a sus cuidadores de que la dejen partir hacia Madrid. Se la coloca bajo la vigilancia de *Frau Asegurado*, una estricta dama de compañía. Por fin, consigue burlarla en su viaje a Lisboa y se escapa a la Em-

bajada mexicana. Tres años después de su liberación y alentada por André Breton, Leonora publicará un estremecedor relato autobiográfico de estas experiencias titulado *Memoorias de abajo*. Breton, por su parte, incluirá a Leonora en su *Antología del humor negro*.

Como inciso y colofón en este apartado, podemos afirmar que en un análisis biográfico reciente de 79 grandes artistas contemporáneas ya fallecidas, encontramos evidencia de un trastorno depresivo grave en casi la mitad de casos (38 artistas). Se produjeron intentos de suicidio en 7 casos, con consumación en 3. No obstante, se observa una importante capacidad de recuperación, pues más de 2/3 sobrepasaron los 70 años y el 43% los 80³⁵. Debido a esta tradicional “invisibilidad” de las mujeres artistas, también presente en el campo sanitario, como se constataba hace más de una década³⁶, este hecho patobiográfico parece haber pasado desapercibido, sobre todo si se compara con el amplio conocimiento y difusión de los trastornos mentales de artistas varones (el proceso psiquiátrico y suicidio de Van Gogh o Mark Rothko, el alcoholismo de Pollock o la demencia de De Kooning, por poner sólo unos ejemplos).

Epílogo: Soplará un viento suave del sur...

Es frecuente al tratar las patobiografías de los creadores, sobre todo cuando la naturaleza de sus dolencias es de índole psíquica o neurológica, caer en la tentación de interpretar tal o cual rasgo, o incluso toda su producción artística, como un reflejo directo e inexorable de su enfermedad. No puede obviarse, sin embargo, el papel determinante que estas dolencias desempeñaron en ciertas épocas de las vidas de algunos de los grandes artistas³⁷⁻³⁹. No obstante, ya el gran neurólogo Henry Gastaut advertía contra unas consideraciones excesivamente simples o deterministas y, al ocuparse de la epilepsia de Dostoievski, rechazó con energía la interpretación abusiva de que su genio literario fuese un subproducto o estuviese de forma indisoluble ligado a esta enfermedad (citado en⁴⁰). No cabe duda de que, en el caso de nuestras artistas, la enfermedad psiquiátrica modeló de forma importante ciertos aspectos de su vida, o si se quiere, como en el caso de Frida Kahlo, de forma decisiva. Sin embargo, ha de recordarse que fue precisamente su aliento como personas y como artistas el que, sobrepuesto a sus dolencias físicas o psíquicas, les permitió injertar sus imperecederos logros en el acervo común de la humanidad. Y podemos afirmar que dicho esfuerzo ha logrado superar las barreras del tiempo y de la muerte. Porque más allá de su desaparición corporal, en una suprema semejanza entre sus vidas, es seguro que esa naturaleza entrañable y ese viento ardiente que tanto amaban modularon de alguna forma sus enormes espíritus. Carrington, “*La Desposada del Viento*”, *nos sigue calentando con su vida intensa, su misterio, su poesía*, como nos diría su enamorado Max Ernst³³. Con sus

mágicos sueños emanados desde el sereno cementerio inglés, añadiríamos nosotros. Las otras artistas, tras sus muertes, fueron incineradas. Sus cenizas se dispersaron sobre el cráter del tantas veces admirado volcán *Pococatepetl* en México – Lempicka-; aventadas sobre el tantas veces dibujado monte *El Pedernal* en Nuevo México -O'Keeffe-, o depositadas en una urna del tantas veces venerado refugio de la *Casa Azul* en Coyoacán –Kahlo-. Unas cenizas que, como partículas de eternidad depositarias de lo más noble del esfuerzo humano, vienen a fecundarnos también a nosotros, habitantes en el siglo XXI, pues que también nosotros nos reconocemos de su estirpe, también nosotros hemos sufrido o también nosotros hemos atendido a nuestros semejantes dolientes.

Bibliografía

1. The ART BOOK. London: Phaidon Press, 1994; 516 pp.
2. Holzwarth HW, Elger D, Gantefürher-Trier A, et al. Arte Moderno. Köln: Taschen, 2011; 674 pp.
3. Ballesteros E. Mujeres y hombres en las artes visuales. Ministerio de Ciencia e Innovación (CICYT). Noviembre, 2013. Disponible en: http://www.m-arteyculturavisual.com/wp-content/uploads/2013/04/Informe_IDi_Ballesteros.doc.
4. Costenla T. Los museos las prefieren monas. *www.elpais.com*, 01/12/2013.
5. Krmptoc MJ. Mujeres en el arte. *Qué leer* (noviembre 2006); 115:52-54.
6. Combalía V. Amazonas con pincel. Barcelona: Destino, 2006; 349 pp.
7. Chadwick W. Mujer, arte y sociedad. Barcelona: Destino, 1992; 384 pp.
8. Reckit H, Phelan P. Arte y feminismo. London: Phaidon; 2005; 204 pp.
9. Casamartina i Parassols J, Jiménez Burillo P (comisarios), Arroyo Arce N, coordinación. Amazonas del arte nuevo. Catálogo de la Exposición. Madrid: Fundación Mapfre; 2008; 307 pp.
10. Exposición *elles@centrepompidou*; Paris, 2009-2010. Disponible en: <http://fresques.ina.fr/elles-centrepompidou>.
11. Butler C, Schwartz A, editors. Modern women. Women artists at the Museum of Modern Art. New York: MoMA; 2010; 528 pp.
12. Bornay E. Arte se escribe con M de mujer. Barcelona: SD ediciones, 2009; 183 pp.
13. Martín Domínguez J. Leonora Carrington, pintora, indómita maestra del surrealismo. 27/05/2011. http://elpais.com/diario/2011/05/27/necrologicas/1306447202_850215.html.
14. Robinson R. Georgia O'Keeffe. Barcelona: Circe; 1992; 494 pp.
15. Benke B. Georgia O'Keeffe. Köln: Taschen, 2003; 95 pp.
16. Richter P-C. Georgia O'Keeffe and Alfred Stieglitz. Munich: Prestel Verlag, 2006; 119 pp.
17. Mori G. Tamara de Lempicka. Firenze: Giunti, 1994; 287 pp.
18. Claridge L. Tamara de Lempicka. Barcelona: Circe, 2000; 467 pp.
19. Néret G. Tamara de Lempicka. Köln: Taschen, 2001; 80 pp.
20. Tisé-Isoré S (ed.), Foucart B, Blondel A, et al. Lempicka. Paris: Flammarion, 2006; 159 pp.
21. Bréon E, Ruiz E (comisarios). Lempicka. A artista, a muller, a lenda. Catálogo de la exposición. A Coruña: Fundación CaixaGalicia, 2007; 246 pp.
22. Herrera H. Frida. 6ª ed. México: Diana, 2004; 662 pp.
23. Le Clézio JMG. Diego y Frida. Madrid: Temas de Hoy, 2002; 268 pp.
24. Kettenmann A. Frida Kahlo. Köln: Taschen, 2003; 96 pp.
25. Kahlo Frida. Ahí les dejo mi retrato. Barcelona: Random House Mondadori, 2005; 412 pp.
26. Fraile R. Frida Kahlo. En: Vida entre dos luces. Depresión y ansiedad. Madrid: You & Us, 2002; p. 40-6.
27. Budrys V. Frida Kahlo's neurological deficits and her art. *Prog Brain Res*. 2013; 203:241-54.
28. Grimes W. Leonora Carrington is dead at 94; Artist and Author of Surrealist Work. 26/05/2011. http://www.nytimes.com/2011/05/27/arts/design/leonora-carrington-surrealist-dies-at-94.html?_r=0
29. Poniatowska E. Leonora Carrington o la rebeldía. 28/05/2011. http://elpais.com/diario/2011/05/28/cultura/1306533603_850215.html.
30. Rodríguez Marcos J. Leonora Carrington, plano a plano. 02/03/2012. http://cultura.elpais.com/cultura/2012/03/01/actualidad/130630890_294898.html.
31. Moorehead J. Leonora Carrington obituary. English surrealist painter and sculptor regarded as a national treasure in Mexico. 26/05/2011. Disponible en: <http://www.theguardian.com/artanddesign/2011/may/26/leonora-carrington-obituary>.
32. Caballero Guiral MJ. Leonora Carrington y sus memorias. Una experiencia de violencia y locura. Arte y políticas de identidad. 2012, 6: 117-132.
33. Ernst M. Prefacio o Loplop presenta a la Desposada del viento. En: Carrington Leonora. La casa del miedo. Memorias de abajo. Siglo veintiuno; Madrid, 1992.
34. Gunderman RB, Hawkins CM. The self-portraits of Frida Kahlo. *Radiology*. 2008; 247:303-6.
35. Montes-Santiago J, Carbajales-Ferreiro Y. Creativity and depression in contemporary talented artists women. *Rev Clin Esp*. 2012; 212 (Esp cong): 607 (Póster V-226).[11th Congress, European Federation of Internal Medicine (EFIM). Madrid, 24-27/10/2012].
36. Ortiz Gómez T, Cabré i Piret M. Mujeres y salud. Prácticas y saberes: Presentación. DYNAMIS. *Acta Hisp. Med. Sci. Hist. Illus*. 1999; 19: 17-24.
37. De la Gándara Martín JJ, García M ayoral V. Tratamientos psiquiátricos y creatividad. *An.Psiquiatría (Madrid)*. 2005; 21: 211-214.
38. Delgado Calvete C, Pérez Bravo A. Relación entre creatividad y enfermedad mental. *An Psiquiatría (Madrid)* 2006; 22: 120-132.
39. Akinola M, Mendes WB. The dark side of creativity: biological vulnerability and negative emotions lead to greater artistic creativity. *Pers Soc Psychol Bull*. 2008; 34: 1677-86.
40. Rosetti AO, Bogousslavsky J. Dostoevsky and epilepsy: An attempt to look through the frame. *Frontiers Neurol Neurosci* 2005; 19: 65-75.

Desafios na Investigação de Diarreia Crónica Malabsortiva: Um Caso Clínico

Challenges in the investigation of Chronic Malabsortive Diarrhea: A Case Report

Marta Almeida Ferreira¹, Ana Reinas², José Ramón Vizcaíno Vázquez³, António Marinho²

¹Serviço de Endocrinologia, ²Serviço de Medicina, ³Serviço de Anatomia Patológica. Centro Hospitalar do Porto, Porto, Portugal

Resumo

Apresentamos o caso clínico de uma mulher de 53 anos, com tiroidite de Hashimoto de difícil controlo, hipovitaminose D, hipocalcémia, anemia ferropénica recorrente, poliartrite e alterações frustres dos hábitos intestinais desde há 12 anos. Foi internada por diarreia crónica, com desidratação grave e alterações hidroelectrolíticas daí resultantes. Tinha uma biopsia duodenal prévia negativa para doença celíaca. A pesquisa de HLA DQ2/DQ8 foi negativa. No entanto, após cinco anos de ingestão mantida de glúten, foi novamente realizada uma biopsia duodenal que foi diagnóstica de doença celíaca. A dieta livre de glúten resolveu os sintomas. Nos casos suspeitos de doença celíaca, muitas vezes há discordância entre a clínica, os achados serológicos, histológicos e genéticos, não sendo possível estabelecer um diagnóstico de certeza até ser feita uma nova biopsia duodenal, perante uma dieta mantida com glúten.

Palavras-chave. Malabsorção. Doença Celíaca. Autoimunidade. Tiroidite.

Abstract.

We present a clinical case of a 53 year-old woman suffering from Hashimoto's disease of difficult compensation, hypovitaminosis D, hypocalcaemia, reincident ferropenic anaemia, polyarthritis and changing bowel habits for the last 12 years. She was admitted to hospital with chronic diarrhea leading to dehydration and further electrolyte changes. A previous duodenal biopsy was negative for celiac disease. All serological antibodies related to celiac disease were also negative. Even the HLA DQ2/DQ8 was not present. However, after 5 years of evolution without specific treatment a new duodenal biopsy was diagnostic of Celiac disease and a Gluten free diet resolved the symptoms. When celiac disease is suspected, sometimes there is initial discordance between clinical, serological, histological and genetic findings, and it's not possible to make a definitive diagnosis until after continued gluten ingestion and repetition of a new duodenal biopsy.

Key Words. Malabsorption. Celiac Disease. Autoimmunity. Thyroiditis.

Introdução

A diarreia crónica com malabsorção é uma manifestação frequente de doença intestinal, com um impacto importante na vida diária dos doentes. As suas causas são várias e entre elas a doença celíaca tem um lugar cada vez mais em destaque¹. A doença celíaca (DC), enteropatia crónica por intolerância ao glúten, caracteriza-se por atrofia das vilosidades intestinais e mal-absorção^{2,3}. Resulta da interacção entre factores genéticos (HLA-DQ2; HLA-DQ8), imunológicos e ambientais². Afecta cerca de 1% dos caucasianos^{1,2}.

É uma patologia sistémica que se pode manifestar apenas na idade adulta, mantendo-se silenciosa durante anos²⁻⁵. Apresenta-se mais frequentemente com dor abdominal, diarreia crónica e anemia ferropénica, confundindo-se com síndrome do cólon irritável¹⁻⁵. Podem surgir elevações das transaminases, défices vitamínicos, osteoporose, infertilidade e abortos espontâneos recorrentes^{1,5}. Nos adultos, surgem habitualmente formas atípicas: sintomatologia gastrointestinal ligeira inespecífica e extra-intestinal²⁻⁷. Frequentemente associa-se a outras patologias auto-imunes: diabetes mellitus tipo 1, tiroidite de Hashimoto, doença de Addison, hepatite auto-imune, cirrose biliar primária, colangite auto-imune e doenças reumáticas sistémicas^{2,5-10}.

É importante o diagnóstico precoce (assente na clínica, serologia, histologia e resposta à dieta sem glúten) e o tratamento atempado, para prevenir complicações da mal-absorção e da evolução da doença não tratada (como o linfoma do intestino delgado)^{2,5,7}. A histologia representa o gold standard para o diagnóstico, apresentando vários padrões: linfocitose intra-epitelial, hiperplasia das criptas e atrofia vilositária²⁻⁷. Em 10% dos casos é difícil estabelecer um diagnóstico seguro, devido à discordância entre os achados serológicos, clínicos e histológicos². A dieta sem glúten conduz a remissão clínico-laboratorial e histológica. As formas graves podem exigir alimentação parentérica e corticoterapia^{5,7}.

Caso Clínico

Mulher de 53 anos, caucasiana, com tiroidite de Hashimoto de difícil controlo (necessidades superiores a 600 µg/dia de levotiroxina) desde 1996, hipovitaminose D, hipocalcémia e artrite crónica seronegativa, sob corticoterapia em baixa dose. Apresentava anemia ferropénica recorrente e alterações inespecíficas dos hábitos intestinais desde há 12 anos. Foi internada no Serviço de Medicina por diarreia crónica com alterações hidroelectrolíticas e acidose metabólica hiperclorémica.

Apresentava quadro de 3 semanas de evolução de diarreia: 10 a 15 dejeções diárias, com agravamento vespertino, acordando de noite, com astenia, anorexia, náuseas e desconforto abdominal

Figura 1. Encurtamento e destruição de vilosidades intestinais com infiltrado inflamatório linfoplasmocitário no córion evidente. Coloração com hematoxilina-eosina; ampliação 10x.

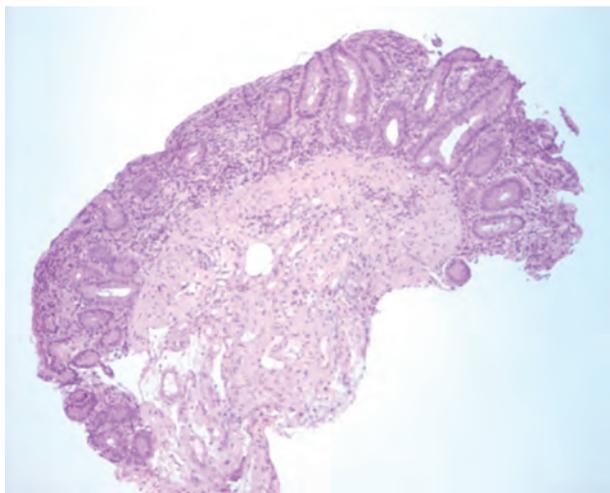
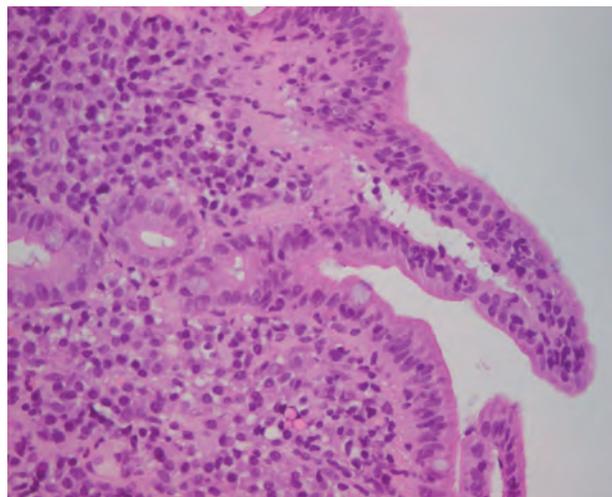


Figura 2. Pormenor de vilosidade, sendo evidente o infiltrado inflamatório linfoplasmocitário. Coloração com hematoxilina-eosina; ampliação 40x.



difuso. Apresentava-se desidratada, taquicárdica e hipotensa, com abdómen doloroso à palpação profunda do epigastro e hipogastro e aumento dos ruídos hidro-aéreos.

Análiticamente detectaram-se as alterações apresentadas na Tabela 1. A análise das fezes evidenciou diarreia secretora, com malabsorção. O estudo imunológico revelou anticorpos IgA anti-gliadina, anti-reticulina, anti-endomísio e anti-transglutaminase tecidual negativos (excluído défice de IgA). A TAC abdominal mostrou ansas intestinais distendidas, preenchidas por abundante quantidade de líquido. A colonoscopia total e a endoscopia digestiva alta não mostraram alterações macroscópicas, mas o estudo histológico da biópsia duodenal realizada na terceira porção do duodeno (recolhidas

5 amostras) demonstrou aspectos compatíveis com doença celíaca (Fig. 1 e 2). A pesquisa de HLA-DQ2 e DQ8 por PCR foi negativa. Iniciou-se dieta sem glúten e fez-se reposição hidroelectrolítica. A doente teve alta medicada com vitamina D, cálcio, levotiroxina, corticoterapia habitual e dieta sem glúten. Seis meses depois, apresentava-se assintomática, sem défices nutricionais e eutiroideia com 300 µg/dia de levotiroxina.

Discussão

A DC passou de doença específica de órgão com manifestações sistémicas descritas secundariamente a doença sistémica com espectro clínico alargado e sintomatologia digestiva discreta^{2,4,5}. A doente apresentava manifestações do que poderiam ser formas atípicas da doença desde 1996: anemia ferropénica recorrente; hipovitaminose D e hipocalcémia; hipotireoidismo de difícil controlo; alterações discretas dos hábitos intestinais. De facto, o estudo de DC já tinha sido feito 5 anos antes, tendo sido afastada por marcadores imunológicos negativos e histologia duodenal normal. No entanto, estudos demonstram que em casos com primeira biópsia normal e persistência de ingestão de glúten, a DC pode vir a manifestar-se histologicamente mais tarde – uma biópsia normal não exclui definitivamente o diagnóstico^{2,3-5}. Além disso, a doença não compromete o intestino de maneira uniforme e as alterações podem ser muito discretas^{2,3}, de maneira que esta primeira biópsia podia ser apenas um falso negativo (foi realizada noutra instituição e por isso não foi possível ter acesso às lâminas para revisão).

Os testes serológicos disponíveis apresentam bons níveis de sensibilidade e especificidade – a sensibilidade dos anticorpos anti-endomísio e anti-transglutaminase ultrapassa os 90%^{2,3}. No entanto, podem surgir falsos negativos que podem chegar aos 10%, nomeadamente nas enteropatias ligeiras, em casos de doença arrastada e quando há défice de IgA ou quando a

Tabela 1. Resultados dos estudos analíticos efectuados à admissão da doente.

Parâmetro	Resultado	Valores de referência
Leucócitos	8.700	4.000-11.000 células/µL
Hemoglobina	15,6	12-15 g/dL
Plaquetas	406.000	150.000-400.000 células/µL
Glicose	107	70-105 mg/dL
Creatinina	1,76	0,5-0,9 mg/d
Ureia	55	10-50 mg/dL
Sódio	130	135-145 mmol/L
Potássio	3,25	3,5-5 mmol/L
Cloro	108	95-105 mmol/L
AST	38	10-30 U/L a 37°
ALT	49	10-36 U/L a 37°
Vitamina D	33,5	50-80 nmol/L
Vitamina A	0,74	1,05-2,27 µmol/L
Proteínas totais	5,6	6,4-8,3 g/dL
Albumina	2,9	3,5-5 g/dL
PCR	16,81	0,0-5,0 mg/L

AST: Aspartato aminotransferase. ALT: Alanina aminotransferase. PCR: Proteína C Reactiva

dieta é pobre em glúten^{1,2,5}. Assim, níveis normais de anticorpos não excluem definitivamente o diagnóstico. Além disso, estudos prospectivos têm demonstrado que pode haver seroconversão ao longo da vida, por isso, doentes que inicialmente sejam seronegativos, podem vir a positivar no futuro³. No caso da doente apresentada, podem existir várias causas para os seus anticorpos serem negativos: na primeira vez que foram pesquisados poderia ter apenas uma enteropatia ligeira; na segunda vez, estava sob corticoterapia. Além disso, perante a diarreia, podia ter adquirido hábitos alimentares diferentes e pobres em glúten. Apesar de ter sido afastado o défice de IgA nesta doente, uma vez que esta é frequente nos doentes com DC^{1,2}, dever-se-ia ter doseado as formas IgG destes anticorpos, excluindo assim mais uma causa de falsos negativos. A histologia permanece o gold standard do diagnóstico¹⁻⁷. Deve ser feita biopsia nos doentes com clínica sugestiva, independentemente da serologia, e nos assintomáticos com anticorpos positivos^{5,11}. A melhoria ou eventual resolução clínica, laboratorial e histológica, no decurso da restrição de glúten, confirmam o diagnóstico¹⁻³. Apesar das alterações histológicas não serem específicas¹⁻³, perante uma clínica sugestiva, permitem um diagnóstico de presunção, sendo que este pode ser favorecido se houver uma resposta clínica à dieta sem glúten², como no caso ilustrado.

Cerca de 90-95% dos doentes expressam moléculas do complexo major de histocompatibilidade (HLA) da classe II DQ2. Os restantes expressam maioritariamente o haplotipo DQ8². No entanto, estima-se que estes genes contribuem apenas para 40% do componente hereditário da doença⁵, estando identificados cerca de 36 genes não HLA que conferem susceptibilidade à DC^{2,3}. A tipagem HLA pode contribuir para a exclusão do diagnóstico em situações duvidosas, pelo seu alto valor preditivo negativo (virtualmente de 100%), mas não tem importância perante anticorpos positivos^{2,3}. Ou seja, perante baixa probabilidade de DC com anticorpos negativos, a ausência de HLA-DQ2/DQ8, torna o diagnóstico improvável^{2,3,6}. No presente caso, a biopsia duodenal era compatível com DC e houve uma resposta clínica à dieta sem glúten. Não existem descritos casos de DC sem os genes HLA-DQ2/DQ8. No entanto, na doente apresentada, não se pode excluir definitivamente este diagnóstico.

A associação entre DC e outras doenças auto-imunes é incontestável, particularmente com as da tiróide, nomeadamente a tiroidite de Hashimoto, com taxas de prevalência entre 3,3

e 8%^{9,12}. A coexistência destas doenças pode explicar-se por uma predisposição genética comum. A produção aumentada de citocinas pró-inflamatórias em resposta à exposição ao glúten, a permeabilidade aumentada pela lesão da mucosa, reacções cruzadas de anticorpos e mimetismo antigénico, são outros mecanismos que podem estar subjacentes à existência de outros anticorpos identificados nos doentes celíacos^{9,12,13}, que diminuem com dieta sem glúten¹².

De acordo com diversos estudos, deve rastrear-se DC nos doentes com autoimunidade tiroideia, nomeadamente sob a forma de Tiroidite de Hashimoto e vice-versa⁸⁻¹⁴. O tratamento da DC diminui a probabilidade de desenvolver outras condições auto-imunes ao longo da vida, as complicações associadas e, no caso de coexistência de hipotiroidismo, melhora o seu controlo, reduzindo as necessidades de levotiroxina^{8,10,12}.

Apresentamos o presente caso pela sua complexidade e para lembrar que todos os métodos complementares de diagnóstico têm limitações, de modo que a combinação de vários, em associação com prova terapêutica, poderá ser uma forma aceitável de abordar o espectro das doenças que cursam com diarreia crónica malabsortiva, nomeadamente a DC^{2,4}.

Bibliografia

- Murray JA, Rubio-Tapia A. Diarrhoea due to small bowel diseases. *Best Pract Res Clin Gastroenterol.* 2012; 26(5): 581-600
- Green PHR, Cellier C. Celiac Disease. *N Engl J Med.* 2007; 357(17): 1731-43
- Fasano A, Catassi C. Celiac Disease. *N Engl J Med.* 2012; 367(25): 2419-26
- Heredia C, Castro F, Palma J. Enfermedad celíaca del adulto. *Rev Med Chile.* 2007; 135: 1186-94
- Nobre SR, Silva T, Cabral JEP. Doença Celíaca Revisitada. *J Port Gastroenterol.* 2007; 14: 184-93
- Abdulkarim AS, Murray JA. Review article: the diagnosis of coeliac disease. *Aliment Pharmacol Ther.* 2003; 17: 987-95
- Silva E, Marcelino P. Doença celíaca do adulto: um caso representativo dos novos conceitos da doença. *Medicina Interna.* 2004, 11(1): 31-36
- Ch'ng CL, Jones MK, Kingham JGC. Celiac Disease and Autoimmune Thyroid Disease. *Clin Med Res.* 2007; 5(3): 184-92
- Collin P, Kaukinen K, Välimäki M, Salmi J. Endocrinological Disorders and Celiac Disease. *Endocr Rev.* 2002; 23(4): 464-83
- Silva CMS, Souza MVL. Hipotiroidismo Autoimune Refractário a Altas Doses de Levotiroxina e Hipocalcemia Grave. *Arq Bras Endocrinol Metab.* 2005; 49(4): 599-603
- Emami MH, Kouhestani S, Karimi S, Baghaei A, Janghorbani M, Jamali N, et al. Frequency of celiac disease in adult patients with typical or atypical malabsorption symptoms in isfahan, iran. *Gastroenterol Res Pract.* 2012;2012:106965
- Valentino R, Savastano S, Tommaselli AP, Dorato M, Scarpitta MT, Gigante M et al. Prevalence of Coeliac Disease in Patients with Thyroid Autoimmunity. *Horm Res.* 1999; 51: 124-27
- Berti I, Trevisiol C, Tommasani, A Città A, Neri E, Geatti O et al. Usefulness of Screening Program of Celiac Disease in Autoimmune Thyroiditis. *Dig Dis Sci.* 2000; 45(2): 403-06
- Marwaha RK, Garg MK, Tandon N, Kanwar R, Narang A, Sastry A, et al. Glutamic acid decarboxylase (anti-GAD) & tissue transglutaminase (anti-TTG) antibodies in patients with thyroid autoimmunity. *Indian J Med Res.* 2013;137(1):82-6

▼ Este medicamento está sujeto a seguimiento adicional, lo que agilizará la detección de nueva información sobre su seguridad. Se invita a los profesionales sanitarios a notificar las sospechas de reacciones adversas. Ver la sección 4.8, en la que se incluye información sobre cómo notificarlas. **NOMBRE DEL MEDICAMENTO:** Eliquis 2,5 mg comprimidos recubiertos con película. Eliquis 5 mg comprimidos recubiertos con película. **COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA:** Eliquis 2,5 mg: Cada comprimido recubierto con película contiene 2,5 mg de apixaban. Excipientes con efecto conocido: Cada comprimido recubierto con película de 2,5 mg contiene 51,43 mg de lactosa (ver sección "Advertencias y precauciones especiales de empleo"). Eliquis 5 mg: Cada comprimido recubierto con película contiene 5,0 mg de apixaban. Excipientes con efecto conocido: Cada comprimido recubierto con película de 5 mg contiene 102,86 mg de lactosa (ver sección "Advertencias y precauciones especiales de empleo"). Para consultar la lista completa de excipientes, ver sección "Lista de excipientes". **FORMA FARMACÉUTICA:** Comprimido recubierto con película (comprimido). Eliquis 2,5 mg: Comprimidos de color amarillo, redondos, con 893 grabado en una cara y 2½ en la otra. Eliquis 5 mg: Comprimidos de color rosa, ovalados, con 894 grabado en una cara y 5 en la otra. **DATOS CLÍNICOS. Indicaciones terapéuticas.** Eliquis 2,5 mg: Prevención del tromboembolismo venoso (TEV) en pacientes adultos sometidos a cirugía electiva de reemplazo de cadera o rodilla. Prevención del ictus y de la embolia sistémica en pacientes adultos con fibrilación auricular no-valvular (FANV) con uno o más factores de riesgo tales como ictus o ataque isquémico transitorio (AIT) previos; edad \geq 75 años; hipertensión; diabetes mellitus; insuficiencia cardíaca sintomática (\geq Clase 2 escala NYHA). Eliquis 5 mg: Prevención del ictus y de la embolia sistémica en pacientes adultos con fibrilación auricular no-valvular (FANV) con uno o más factores de riesgo tales como ictus o ataque isquémico transitorio (AIT) previos; edad \geq 75 años; hipertensión; diabetes mellitus; insuficiencia cardíaca sintomática (\geq Clase 2 escala NYHA). **Posología y forma de administración.** Posología. *Prevención del TEV en cirugía electiva de reemplazo de cadera o rodilla.* La dosis recomendada de Eliquis es de 2,5 mg administrados dos veces al día por vía oral. La dosis inicial debe tomarse entre 12 y 24 horas después de la intervención quirúrgica. Para decidir el momento de administración en esta ventana de tiempo, los médicos deben considerar tanto los beneficios potenciales de un inicio temprano en el tratamiento para la profilaxis del TEV como el riesgo de sangrado post-quirúrgico. *En pacientes sometidos a cirugía de reemplazo de cadera:* La duración recomendada del tratamiento es de 32 a 38 días. *En pacientes sometidos a cirugía de reemplazo de rodilla:* La duración recomendada del tratamiento es de 10 a 14 días. *Prevención del ictus y de la embolia sistémica en pacientes con fibrilación auricular no-valvular (FANV):* La dosis recomendada de Eliquis es de 5 mg administrados dos veces al día por vía oral. *Reducción de dosis:* La dosis recomendada de Eliquis es 2,5 mg administrados dos veces al día para pacientes con FANV y al menos dos de las siguientes características: edad \geq 80 años, peso corporal \leq 60 kg, o creatinina sérica \geq 1,5 mg/dl (133 micromoles/l). El tratamiento debe continuarse a largo plazo. *Dosis omitidas:* Si se omite una dosis, el paciente debe tomar Eliquis inmediatamente y continuar con la toma dos veces al día como antes. *Cambio de tratamiento:* El cambio de tratamiento con anticoagulantes parenterales a apixaban (y viceversa) puede hacerse en la siguiente dosis programada (ver sección "Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción"). *Cambio de tratamiento con antagonistas de la vitamina K (AVK) a Eliquis:* Cuando cambie el tratamiento de antagonistas de la vitamina K (AVK) a Eliquis, discontinue el tratamiento con warfarina u otro tratamiento con AVK e inicie el tratamiento con Eliquis cuando la Ratio Internacional Normalizado (INR) sea $<$ 2,0. *Cambio de tratamiento con Eliquis a antagonistas de la vitamina K (AVK):* Cuando cambie el tratamiento con Eliquis a tratamiento con AVK, continúe con la administración de Eliquis durante al menos dos días después de empezar el tratamiento con AVK. Después de 2 días de coadministración de Eliquis con AVK, mida el INR antes de la próxima dosis programada de Eliquis. Continúe la coadministración de Eliquis y AVK hasta que el INR sea \geq 2,0. **Insuficiencia renal:** Debido a la ausencia de experiencia clínica en pacientes con aclaramiento de creatinina $<$ 15 ml/min, o en pacientes sometidos a diálisis, no se recomienda apixaban en estos pacientes (ver secciones "Advertencias y precauciones especiales de empleo" y en la FT completa "Propiedades Farmacocinéticas"). *Prevención del TEV en cirugía electiva de reemplazo de cadera o rodilla:* No se requiere ajuste de dosis en pacientes con insuficiencia renal leve o moderada (ver sección "Propiedades farmacocinéticas" en la FT completa). Datos clínicos limitados en pacientes con insuficiencia renal grave (aclaramiento de creatinina de 15-29 ml/min) indican que las concentraciones plasmáticas de apixaban aumentan en esta población de pacientes, por lo que apixaban debe utilizarse con precaución en estos pacientes (ver secciones "Advertencias y precauciones especiales de empleo" y en la FT completa "Propiedades Farmacocinéticas"). *Prevención del ictus y de la embolia sistémica en pacientes con fibrilación auricular no-valvular (FANV):* No se requiere ajuste de dosis en pacientes con insuficiencia renal leve o moderada (ver sección "Propiedades farmacocinéticas" en la Ficha Técnica completa). Los pacientes con creatinina sérica \geq 1,5 mg/dl (133 micromoles/l) asociada a edad \geq 80 años o peso corporal \leq 60 kg deben recibir una dosis menor de apixaban, de 2,5 mg administrados dos veces al día. Los pacientes con insuficiencia renal grave (aclaramiento de creatinina de 15-29 ml/min) deben recibir una dosis menor de apixaban, de 2,5 mg administrados dos veces al día. **Insuficiencia hepática:** Eliquis está contraindicado en los pacientes con hepatopatía asociada a coagulopatía y riesgo clínicamente relevante de sangrado (ver sección "Contraindicaciones"). No se recomienda su uso en pacientes con insuficiencia hepática grave (ver secciones "Advertencias y precauciones especiales de empleo" y en la FT completa "Propiedades Farmacocinéticas"). Debe utilizarse con precaución en pacientes con insuficiencia hepática leve o moderada (Child Pugh A o B). No es necesario ningún ajuste de dosis en pacientes con insuficiencia hepática leve o moderada (ver secciones "Advertencias y precauciones especiales de empleo" y en la FT completa "Propiedades Farmacocinéticas"). Se excluyó de los ensayos clínicos a los pacientes con valores elevados de enzimas hepáticas (GOT/GPT $>$ 2xLSN) o bilirrubina total \geq 1,5xLSN. Por tanto, Eliquis debe utilizarse con precaución en esta población (ver secciones "Advertencias y precauciones especiales de empleo" y en la FT completa "Propiedades Farmacocinéticas"). Antes de iniciar el tratamiento con Eliquis, se debe medir la función hepática. **Peso corporal:** Prevención de TEV - No se requiere ajuste de dosis (ver sección "Propiedades farmacocinéticas" en la FT completa). FANV - No se requiere ajuste de dosis, a menos que se cumplan los criterios de reducción de dosis (ver *Reducción de dosis* al inicio de la sección "Posología y forma de administración"). **Sexo:** No se requiere ajuste de dosis (ver sección "Propiedades farmacocinéticas" en la FT completa). **Pacientes de edad avanzada:** Prevención de TEV - No se requiere ajuste de dosis (ver secciones "Advertencias y precauciones especiales de empleo" y en la FT completa "Propiedades Farmacocinéticas"). FANV - No se requiere ajuste de dosis, a menos que se cumplan los criterios de reducción de dosis (ver *Reducción de dosis* al inicio de la sección "Posología y forma de administración"). **Población Pediátrica:** No se ha establecido la seguridad y eficacia de Eliquis en niños y adolescentes menores de 18 años. No hay datos disponibles. **Forma de administración:** Uso oral. Eliquis debe ingerirse con agua, con o sin alimentos. **Contraindicaciones.** Hipersensibilidad al principio activo o a alguno de los excipientes incluidos en la sección "Lista de excipientes". Sangrado activo, clínicamente significativo. Hepatopatía, asociada a coagulopatía y a riesgo de sangrado clínicamente relevante (ver sección "Propiedades farmacocinéticas" en la FT completa). Lesión o patología si se considera que supone un riesgo significativo de sangrado mayor. Esto puede incluir una úlcera gastrointestinal existente o reciente; presencia de neoplasmas malignos con alto riesgo de sangrado; daño cerebral o espinal reciente; reciente cirugía cerebral, espinal u oftálmica; reciente hemorragia intracranial; sospecha o conocimiento de varices esofágicas, malformaciones arteriovenosas, aneurismas vasculares; o grandes anomalías vasculares intraespinales o intracerebrales. Tratamiento concomitante con cualquier otro agente anticoagulante como heparinas no fraccionadas, heparinas de bajo peso molecular (enoxaparina, dalteparina, etc.), derivados de heparinas (fondaparinux, etc.), anticoagulantes orales (warfarina, rivaroxaban, dabigatran, etc.), excepto en circunstancias de cambio de tratamiento de estos a apixaban y viceversa (ver sección "Propiedades farmacocinéticas" en la FT completa) o cuando las heparinas no fraccionadas se administran a las dosis necesarias para mantener abierto un catéter central venoso o arterial (ver sección "Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción"). **Advertencias y precauciones especiales de empleo. Riesgo de hemorragia:** Como en el caso de otros anticoagulantes, se debe vigilar cuidadosamente a los pacientes que toman Eliquis y muestren cualquier signo de sangrado. Se recomienda utilizar con precaución en situaciones clínicas con un riesgo aumentado de hemorragia. Se debe interrumpir la administración de Eliquis en el caso de una hemorragia grave (ver secciones "Reacciones adversas" y "Sobredosis"). Aunque el tratamiento con apixaban no requiere una monitorización rutinaria de exposición a apixaban, el ensayo Rotachrom® anti-factor Xa puede ser útil en situaciones excepcionales en las que conocer la exposición a apixaban permita ayudar en decisiones clínicas, por ejemplo, sobredosis y cirugía de emergencia (ver sección "Propiedades Farmacodinámicas" en la FT completa). **Interacción con otros medicamentos que afectan a la hemostasia:** Debido al aumento del riesgo de sangrado, está contraindicado el tratamiento concomitante con cualquier otro anticoagulante (ver sección "Contraindicaciones"). El uso concomitante de Eliquis con agentes antiplaquetarios puede aumentar el riesgo de sangrado (ver sección "Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción"). Se debe tener cuidado si los pacientes reciben tratamiento concomitante con antiinflamatorios no esteroideos (AINEs), incluyendo ácido acetilsalicílico. Después de una cirugía no se recomienda el uso concomitante con Eliquis de otros inhibidores de la agregación plaquetaria (ver sección "Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción"). En pacientes con fibrilación auricular y condiciones que requieran mono o doble terapia con fármacos antiplaquetarios, se debe hacer una cuidadosa evaluación de los potenciales beneficios frente a los potenciales riesgos antes de coadministrar este tratamiento. En un ensayo clínico en pacientes con fibrilación auricular, el uso concomitante de AAS incrementó las tasas de sangrado mayor con respecto a las de apixaban, de un 1,8% al año a un 3,4% al año, y aumentó el riesgo de sangrado con respecto al de warfarina, de un 2,7% al año a un 4,6% al año. En este ensayo clínico, hubo un uso limitado (2,1%) de doble terapia con fármacos antiplaquetarios. En un ensayo clínico en pacientes con síndrome coronario agudo de alto riesgo, caracterizados por múltiples comorbilidades cardíacas y no cardíacas, y que recibieron AAS solo o combinación de AAS con clopidogrel, se observó un aumento significativo del riesgo de sangrado mayor clasificado según clasificación ISTH (International Society on Thrombosis and Haemostasis) para apixaban (5,13% al año) en comparación con el placebo (2,04% al año). Uso de agente trombolítico para el tratamiento del ictus isquémico agudo: Hay experiencia muy limitada con el uso de agentes trombolíticos para el tratamiento del ictus isquémico agudo en pacientes a los que se administró apixaban. **Pacientes con prótesis valvulares cardíacas:** No se ha estudiado la seguridad y eficacia de Eliquis en pacientes con prótesis valvulares cardíacas, con o sin fibrilación auricular. Por tanto, no se recomienda el uso de Eliquis en este grupo de pacientes.

Cirugía y procedimientos invasivos: Eliquis debe discontinuarse al menos 48 horas antes de una cirugía electiva o procedimientos invasivos con un riesgo moderado o elevado de sangrado. Esto incluye intervenciones para las que no puede excluirse la probabilidad de sangrado clínicamente significativo, o para las que el riesgo de sangrado es inaceptable. Eliquis debe discontinuarse al menos 24 horas antes de la cirugía electiva o procedimientos invasivos con un riesgo bajo de sangrado. Esto incluye intervenciones para las cuales se espera que cualquier sangrado producido sea mínimo, no-crítico por la localización o fácilmente controlable. Si no puede retrasarse la cirugía o los procedimientos invasivos, deben tomarse las precauciones apropiadas, teniendo en consideración el riesgo aumentado de sangrado. Este riesgo de sangrado debe sopesarse con respecto a la urgencia de la intervención. El tratamiento con apixaban debe reiniciarse tan pronto como sea posible, siempre que la situación clínica lo permita y se haya establecido una hemostasis adecuada. **Interrupción temporal:** La interrupción de anticoagulantes, incluyendo Eliquis, por motivos de sangrado activo, cirugía electiva, o procedimientos invasivos coloca a los pacientes en un riesgo aumentado de trombosis. Deben evitarse períodos sin tratamiento y si la anticoagulación con Eliquis debe discontinuarse temporalmente por cualquier razón, el tratamiento debe reinstaurarse lo antes posible. **Anestesia espinal/epidural o punción lumbar:** Cuando se utiliza la anestesia neuroaxial (anestesia epidural o espinal) o se realiza una punción lumbar o epidural, los pacientes tratados con anti trombolíticos para la prevención de complicaciones tromboembólicas tienen riesgo de desarrollar un hematoma epidural o espinal, que puede causar parálisis a largo plazo o permanente. El riesgo de estos eventos puede verse aumentado por el empleo postoperatorio de catéteres epidurales permanentes o por la administración concomitante de medicamentos que afectan a la hemostasia. Los catéteres epidurales o intratecales permanentes deben retirarse al menos 5 horas antes de la dosis inicial de Eliquis. El riesgo también puede verse aumentado por la punción epidural o espinal traumática o repetida. Debe controlarse frecuentemente la presencia de signos y síntomas de deterioro neurológico (por ejemplo, adormecimiento o debilidad de extremidades inferiores, disfunción intestinal o vesical). Si se observa compromiso neurológico, es necesario un diagnóstico y un tratamiento urgente. Antes de la intervención neuroaxial, el médico debe valorar el beneficio potencial frente al riesgo en los pacientes en tratamiento con anticoagulantes o que van a recibir medicamentos anticoagulantes como trombolíticos. No hay experiencia clínica sobre el uso de apixaban con catéteres intratecales o epidurales permanentes. En caso de ser necesarios y en base a los datos farmacocinéticos, debería transcurrir un intervalo de 20-30 horas (es decir 2 veces la semivida de eliminación) entre la última dosis de apixaban y la retirada del catéter, y como mínimo debería omitirse una dosis antes de la retirada del catéter. La siguiente dosis de apixaban debe administrarse al menos 5 horas después de la retirada del catéter. Como con todos los nuevos anticoagulantes, se dispone de limitada experiencia en bloqueo neuroaxial y por tanto se recomienda extremar la precaución cuando se utilice apixaban en presencia de bloqueo neuroaxial. **Insuficiencia renal:** Como no hay experiencia clínica en pacientes con aclaramiento de creatinina $<$ 15 ml/min, o en pacientes sometidos a diálisis, no se recomienda apixaban en estos pacientes (ver secciones "Posología y forma de administración" y en la FT completa "Propiedades farmacocinéticas"). *Prevención del TEV en cirugía electiva de reemplazo de cadera o rodilla:* No es necesario un ajuste de dosis en los pacientes con insuficiencia renal leve o moderada (ver sección "Propiedades farmacocinéticas" en la FT completa). Datos clínicos limitados en pacientes con insuficiencia renal grave (aclaramiento de creatinina de 15-29 ml/min) indican que las concentraciones plasmáticas de apixaban aumentan en esta población de pacientes; por tanto, el apixaban solo o en combinación con ácido acetilsalicílico (AAS) se debe utilizar con precaución en estos pacientes debido a un mayor riesgo potencial de sangrado (ver secciones "Posología y forma de administración" y en la FT completa "Propiedades farmacocinéticas"). *Prevención del ictus y de la embolia sistémica en pacientes con fibrilación auricular no-valvular (FANV):* No es necesario un ajuste de dosis en los pacientes con insuficiencia renal leve o moderada (ver secciones "Posología y forma de administración" y en la FT completa "Propiedades farmacocinéticas"). Los pacientes con creatinina sérica \geq 1,5 mg/dl (133 micromoles/l), asociada a edad \geq 80 años o peso corporal \leq 60 kg deben recibir una dosis menor de apixaban, de 2,5 mg administrados dos veces al día. Los pacientes con insuficiencia renal grave (aclaramiento de creatinina de 15-29 ml/min) deben recibir una dosis menor de apixaban, de 2,5 mg administrados dos veces al día (ver sección "Posología y forma de administración"). **Pacientes de edad avanzada:** La coadministración de Eliquis con AAS debe realizarse con precaución en pacientes de edad avanzada, a causa del potencial aumento en el riesgo de sangrado. **Insuficiencia hepática:** Eliquis está contraindicado en los pacientes con hepatopatía asociada a coagulopatía y riesgo de sangrado clínicamente relevante (ver sección "Contraindicaciones"). No se recomienda a pacientes con insuficiencia hepática grave (ver sección "Propiedades farmacocinéticas" en la FT completa). Debe utilizarse con precaución en pacientes con insuficiencia hepática leve o moderada (Child Pugh A o B) (ver secciones "Posología y forma de administración" y en la FT completa "Propiedades farmacocinéticas"). Se excluyó de los ensayos clínicos a los pacientes con valores elevados de enzimas hepáticas (GOT/GPT $>$ 2xLSN) o bilirrubina total \geq 1,5xLSN. Por tanto, Eliquis debe utilizarse con precaución en esta población (ver sección "Propiedades farmacocinéticas" en la FT completa). Antes de iniciar el tratamiento con Eliquis, se debe medir la función hepática. **Interacción con los inhibidores del citocromo P450 3A4 (CYP3A4) y de la P-glicoproteína (P-gp):** No se recomienda el uso de Eliquis en pacientes que reciben tratamiento sistémico concomitante con inhibidores potentes del CYP3A4 y de la P-gp, tales como antimicrobicos azólicos (p.ej. ketconazol, itraconazol, voriconazol y posaconazol) o inhibidores de la proteasa de VIH (por ejemplo, ritonavir). Estos medicamentos pueden duplicar la exposición a apixaban (ver sección "Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción") o aumentarla aun más en presencia de factores adicionales que aumentan la exposición a apixaban (por ejemplo insuficiencia renal grave). Interacción con los inductores del CYP3A4 y de la P-gp: La administración concomitante de Eliquis con inductores potentes del CYP3A4 y de la P-gp (por ejemplo, rifampicina, fenitoína, carbamazepina, fenobarbital o la hierba de San Juan) puede causar una reducción de ~50% en la exposición a apixaban. En un ensayo clínico en pacientes con fibrilación auricular, se observó una disminución de la eficacia y un mayor riesgo de sangrado cuando se coadministraba apixaban junto con inductores potentes del CYP3A4 y de la P-gp, en comparación a cuando se administraba solamente apixaban. Los inductores potentes del CYP3A4 y de la P-gp deben co-administrarse con precaución (ver sección "Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción"). **Cirugía de fractura de cadera:** No se ha estudiado apixaban en ensayos clínicos con pacientes sometidos a cirugía por fractura de cadera para evaluar la eficacia y seguridad en estos pacientes. Por lo tanto, no se recomienda apixaban en estos pacientes. **Parámetros de laboratorio:** Las pruebas de coagulación (p.ej. TP, INR, y TTPa) se vieron afectadas como se esperaba, debido al mecanismo de acción de apixaban. Los cambios observados en estas pruebas de coagulación utilizando la dosis terapéutica son pequeños y están sujetos a un alto grado de variabilidad (ver sección "Propiedades farmacodinámicas" en la FT completa). **Información acerca de los excipientes:** Eliquis contiene lactosa. Los pacientes con intolerancia hereditaria a galactosa, insuficiencia de lactasa de Lapp o problemas de mala absorción de glucosa o galactosa no deben tomar este medicamento. **Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción. Inhibidores del CYP3A4 y de la P-gp:** La administración concomitante de apixaban con ketoconazol (400 mg una vez al día), un inhibidor potente del CYP3A4 y de la P-gp, aumentó 2 veces el AUC medio de apixaban y aumentó 1,6 veces la C_{max} de apixaban. No se recomienda el uso de Eliquis en los pacientes que reciben tratamiento sistémico concomitante con inhibidores potentes del CYP3A4 y de la P-gp como los antimicrobicos azólicos (ejemplo: ketoconazol, itraconazol, voriconazol y posaconazol) o inhibidores de la proteasa de VIH (por ejemplo ritonavir) (ver sección "Advertencias y precauciones especiales de empleo"). Se espera que principios activos que no se consideran inhibidores potentes ni de CYP3A4 ni de la P-gp (por ejemplo diltiazem, naproxeno, amidonora, verapamilo y quinidina) aumenten en menor grado la concentración plasmática de apixaban. De hecho, diltiazem (360 mg una vez al día), considerado un inhibidor moderado del CYP3A4 y un inhibidor débil de la P-gp, aumentó 1,4 veces el AUC medio de apixaban y aumentó 1,3 veces la C_{max} . Naproxeno (500 mg, en única dosis), un inhibidor de la P-gp pero no del CYP3A4, aumentó 1,5 veces y 1,6 veces el AUC medio y la C_{max} de apixaban, respectivamente. No es necesario ningún ajuste de dosis de apixaban en administración concomitante con inhibidores menos potentes del CYP3A4 y/o la P-gp. **Inductores del CYP3A4 y de la P-gp:** La administración concomitante de apixaban con rifampicina, un potente inductor del CYP3A4 y de la P-gp, produjo disminuciones aproximadas del 54% y 42% en el AUC medio y en la C_{max} , respectivamente. El uso concomitante de apixaban con otros inductores potentes del CYP3A4 y de la P-gp (por ejemplo, fenitoína, carbamazepina, fenobarbital o la hierba de San Juan) también puede causar una disminución en la concentración plasmática de apixaban. No es necesario ningún ajuste de dosis durante el tratamiento concomitante con dichos medicamentos. No obstante, los inductores potentes del CYP3A4 y de la P-gp deben administrarse concomitantemente con precaución (ver sección "Advertencias y precauciones especiales de empleo"). **Anticoagulantes. Inhibidores de la agregación plaquetaria y AINEs:** Debido al aumento del riesgo de sangrado, está contraindicado el tratamiento concomitante con cualquier otro anticoagulante (ver sección "Contraindicaciones"). Después de la administración combinada de enoxaparina (dosis única de 40 mg) con apixaban (dosis única de 5 mg), se observó un efecto aditivo sobre la actividad anti-factor Xa. No hubo interacciones farmacocinéticas ni farmacodinámicas evidentes cuando se administró apixaban con 325 mg de AAS una vez al día. La administración concomitante con clopidogrel (75 mg una vez al día) o con el tratamiento combinado de 75 mg de clopidogrel y 162 mg de AAS una vez al día en ensayos de Fase I no mostró un aumento relevante en los parámetros estándar del tiempo de sangrado ni mayor inhibición de la agregación plaquetaria, en comparación con la administración de estos medicamentos antiplaquetarios sin apixaban. El aumento de los valores en las pruebas de coagulación (TP, INR, y TTPa) fue consistente con los efectos del apixaban solo. Naproxeno (500 mg), un inhibidor de la P-gp, aumentó el AUC medio y la C_{max} de apixaban 1,5 y 1,6 veces, respectivamente. Se observaron los correspondientes aumentos en las pruebas de coagulación de apixaban. No se observaron cambios en el efecto de naproxeno sobre la agregación plaquetaria inducida por ácido araquidónico y tampoco se observó ninguna prolongación clínicamente relevante del tiempo de sangrado después de la administración concomitante de apixaban y naproxeno. A pesar de estos datos, puede haber individuos con una respuesta farmacodinámica más pronunciada cuando se coadministran fármacos antiplaquetarios con apixaban. Eliquis se debe administrar con precaución cuando se administra concomitantemente con AINEs (incluyendo ácido acetilsalicílico) dado que estos medicamentos normalmente aumentan el riesgo de sangrado. Se notificó un aumento significativo en el riesgo de sangrado con la administración triple de apixaban, AAS y clopidogrel en un ensayo clínico en pacientes con síndrome coronario agudo (ver sección "Advertencias y precauciones especiales de empleo"). No

se recomienda el uso concomitante de Eliquis con medicamentos asociados con sangrados graves como: agentes trombolíticos, antagonistas de los receptores GPlIb/IIa, tienopiridinas (por ejemplo, clopidogrel), dipiridamol, dextrano y sulfipirazona. **Otros tratamientos concomitantes:** No se observó ninguna interacción farmacocinética o farmacodinámica clínicamente significativa cuando se administró apixaban con atenolol o famotidina. La administración concomitante de 10 mg de apixaban con 100 mg de atenolol no tuvo ningún efecto clínicamente relevante sobre la farmacocinética de apixaban. Después de la administración concomitante de los dos medicamentos el AUC medio y la C_{max} de apixaban fueron el 15% y 18% más bajos que cuando se administró apixaban solo. La administración de 10 mg de apixaban con 40 mg de famotidina no produjo ningún efecto sobre el AUC o la C_{max} de apixaban. **Efecto de apixaban sobre otros medicamentos:** Los ensayos *in vitro* de apixaban no mostraron ningún efecto inhibitorio sobre la actividad de CYP1A2, CYP2A6, CYP2B6, CYP2C8, CYP2C9, CYP2D6 o CYP3A4 (IC50>45 μ M) y mostraron un bajo efecto inhibitorio sobre la actividad del CYP2C19 (IC50>20 μ M) con concentraciones que son significativamente mayores a las concentraciones plasmáticas máximas observadas en los pacientes. Apixaban no indujo al CYP1A2, CYP2B6, CYP3A4/5 a una concentración de hasta 20 μ M. Por lo tanto, no es de esperar que apixaban altere la eliminación metabólica de los medicamentos administrados concomitantemente que se metabolizan por estas enzimas. Apixaban no es un inhibidor significativo de la P-gp. En los ensayos en individuos sanos, como se describe a continuación, apixaban no alteró significativamente la farmacocinética de digoxina, naproxeno o atenolol. **Digoxina:** La administración concomitante de apixaban (20 mg una vez al día) y digoxina (0,25 mg una vez al día), un sustrato de la P-gp, no afectó el AUC ni la C_{max} de digoxina. Por lo tanto, apixaban no inhibe el transporte de sustrato mediado por P-gp. **Naproxeno:** La administración concomitante de dosis únicas de apixaban (10 mg) y naproxeno (500 mg), un AINE utilizado frecuentemente, no tuvo ningún efecto sobre el AUC o la C_{max} de naproxeno. **Atenolol:** La administración concomitante de dosis únicas de apixaban (10 mg) y atenolol (100 mg), un beta-bloqueante común, no alteró la farmacocinética de atenolol. **Carbón activado:** La administración de carbón activado reduce la exposición a apixaban (ver sección "Sobredosis"). **Fertilidad, embarazo y lactancia. Embarazo.** No existen datos sobre la utilización de apixaban en mujeres embarazadas. Los ensayos en animales no indican efectos dañinos directos o indirectos sobre la toxicidad reproductiva. No se recomienda apixaban durante el embarazo. **Lactancia:** Se desconoce si apixaban o sus metabolitos se excretan en la leche materna. Los datos disponibles en los ensayos con animales han mostrado que apixaban se excreta en la leche. En la leche de ratas se observó una alta relación de leche/plasma materno (C_{max} alrededor de 8, AUC alrededor de 30), posiblemente debido al transporte activo en la leche. No se puede excluir un riesgo en recién nacidos y lactantes. Debe tomarse una decisión sobre si interrumpir la lactancia o si interrumpir/suspender el tratamiento con apixaban. **Fertilidad:** En los ensayos con animales a los que se les administró apixaban no se observaron efectos sobre la fertilidad (ver sección "Datos preclínicos sobre seguridad" en la FT completa). **Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas:** Eliquis no tiene ninguna influencia sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas. **Reacciones adversas.** Resumen del perfil de seguridad: La seguridad de apixaban se ha investigado en 5.924 pacientes incluidos en estudios de prevención del TEV y 11.886 pacientes incluidos en estudios de FANV, con una exposición total media al fármaco de 20 días y 1,7 años respectivamente. En estudios de prevención del TEV, en total el 11% de los pacientes tratados con 2,5 mg de apixaban dos veces al día presentaron reacciones adversas. Las reacciones adversas frecuentes fueron anemia, hemorragias, contusiones y náuseas. En los dos estudios Fase III de FANV, el 24,4% (apixaban vs warfarina) y 9,6% (apixaban vs aspirina) de los pacientes, tratados con apixaban (5 mg o 2,5 mg) dos veces al día, presentaron reacciones adversas. Las reacciones adversas frecuentes fueron epistaxis, contusión, hematuria, hematomas, hemorragia ocular y hemorragia gastrointestinal. La incidencia global de reacciones adversas relacionadas con sangrado con apixaban fue del 24,3% en el estudio de apixaban frente a warfarina y el 9,6% en el estudio de apixaban frente a aspirina (ver sección "Propiedades farmacodinámicas" en la FT completa). En el estudio de apixaban frente a warfarina la incidencia de sangrado gastrointestinal mayor según ISTH (incluyendo sangrado del tracto gastrointestinal superior, del tracto gastrointestinal inferior y sangrado rectal) fue de 0,76%/año con apixaban. La incidencia de sangrado ocular mayor según ISTH fue de 0,18%/año con apixaban. **Tabla de reacciones adversas:** En la tabla 1 se presentan las reacciones adversas según la clasificación de sistemas y órganos y según la frecuencia, utilizando la siguiente convención: muy frecuentes (\geq 1/10); frecuentes (\geq 1/100 y < 1/10); poco frecuentes (\geq 1/1000 y < 1/100); raras (\geq 1/10000 y < 1/1000); muy raras (< 1/10000); desconocidas (no pueden estimarse a partir de los datos disponibles) tanto para la prevención del TEV como para la FANV.

Clasificación de órganos del sistema MedDRA	Prevención TEV	FANV
<i>Trastornos de la sangre y del sistema linfático</i>		
Anemia (incluyendo anemia post-operatoria y hemorrágica y los respectivos parámetros de laboratorio)	Frecuentes	-
Trombocitopenia (incluyendo disminución del recuento de plaquetas)	Poco frecuentes	-
<i>Trastornos del sistema inmunológico</i>		
Hipersensibilidad (incluyendo rash cutáneo, reacciones anafilácticas y edema alérgico)	-	Poco frecuentes
Hipersensibilidad	Raras	-
<i>Trastornos del sistema nervioso</i>		
Hemorragia cerebral, otras hemorragias intracraneales o intraespinales (incluyendo hematoma subdural, hemorragia subaracnoidea y hematoma espinal)	-	Poco frecuentes
<i>Trastornos oculares</i>		
Hemorragia ocular incluyendo hemorragia conjuntival)	-	Frecuentes
Hemorragia ocular (incluyendo hemorragia conjuntival)	Raras	-
<i>Trastornos vasculares</i>		
Hemorragia (incluyendo hematoma y hemorragia vaginal y uretral)	Frecuentes	-
Otras hemorragias, hematomas	-	Frecuentes
Hipotensión (incluyendo hipotensión durante la intervención)	Poco frecuentes	-
Hemorragia intra-abdominal	-	Poco frecuentes
<i>Trastornos respiratorios, torácicos y mediastínicos</i>		
Epistaxis	Poco frecuentes	Frecuentes
Hemoptisis	Raras	Poco frecuentes
Hemorragia del tracto respiratorio (incluyendo hemorragia pulmonar alveolar, hemorragia laríngea y hemorragia faríngea)	-	Raras
<i>Trastornos gastrointestinales</i>		
Náuseas	Frecuentes	-
Hemorragia gastrointestinal (incluyendo hematemesis y melena), hemorragia rectal, sangrado gingival	-	Frecuentes

Clasificación de órganos del sistema MedDRA	Prevención TEV	FANV
Hemorragia gastrointestinal (incluyendo hematemesis y melena), hematoquecia	Poco frecuentes	-
Hemorragia hemorroidal, hematoquecia, hemorragia bucal	-	Poco frecuentes
Hemorragia rectal, sangrado gingival	Raras	-
Hemorragia retroperitoneal	-	Raras
<i>Trastornos hepato biliares</i>		
Aumento de las transaminasas (incluyendo aumento de alanina aminotransferasa y alanina aminotransferasa anormal), aspartato aminotransferasa elevada, gamma- glutamil transferasa elevada, prueba de función hepática anormal, aumento de la fosfatasa alcalina sérica, aumento de la bilirrubina sérica)	Poco frecuentes	-
<i>Trastornos musculoesqueléticos y del tejido conjuntivo</i>		
Hemorragia muscular	Raras	-
<i>Trastornos renales y urinarios</i>		
Hematuria	-	Frecuentes
Hematuria (incluyendo los respectivos parámetros de laboratorio)	Poco frecuentes	-
<i>Trastornos del aparato reproductor y de la mama</i>		
Hemorragia vaginal normal, hemorragia urogenital	-	Poco frecuentes
<i>Trastornos generales y alteraciones en el lugar de administración</i>		
Sangrado en sitio quirúrgico	-	Poco frecuentes
<i>Exploraciones complementarias</i>		
Sangre oculta en heces positiva	-	Poco frecuentes
<i>Lesiones traumáticas, intoxicaciones y complicaciones de procedimientos terapéuticos</i>		
Hematoma	Frecuentes	Frecuentes
Hemorragia post-procedimiento (incluyendo hematoma post-operatorio, hemorragia de la herida, hematoma del vaso en el sitio de la punción y hemorragia en el sitio del catéter), secreción de la herida, hemorragia en el sitio de la incisión (incluyendo hematoma en el sitio de la incisión), hemorragia operatoria	Poco frecuentes	-
Hemorragia traumática, hemorragia post-operatoria, hemorragia en el lugar de la incisión	-	Poco frecuentes

El uso de Eliquis puede asociarse a un incremento del riesgo de hemorragia oculta o manifiesta en cualquier tejido u órgano, lo que puede producir anemia post-hemorragica. Los signos, síntomas y gravedad variarán según la localización y el grado o la extensión de la hemorragia (ver secciones "Advertencias y precauciones especiales de empleo" y en la FT completa "Propiedades farmacodinámicas"). **Notificación de sospechas de reacciones adversas:** Es importante notificar sospechas de reacciones adversas al medicamento tras su autorización. Ello permite una supervisión continuada de la relación beneficio/riesgo del medicamento. Se invita a los profesionales sanitarios a notificar las sospechas de reacciones adversas a través del Sistema Español de Farmacovigilancia de Medicamentos de Uso Humano: www.notificaRAM.es. **Sobredosis:** No se dispone de un antídoto para Eliquis. Una sobredosis de apixaban puede producir un riesgo más elevado de sangrado. En caso de producirse complicaciones hemorrágicas, se debe interrumpir el tratamiento e investigar el origen del sangrado. Debe considerarse la instauración del tratamiento apropiado (por ejemplo, hemostasis quirúrgica o la transfusión de plasma fresco congelado). En los ensayos clínicos controlados, tras administrar apixaban por vía oral a individuos sanos a dosis de hasta 50 mg diarios durante un periodo de 3 a 7 días (25 mg dos veces al día durante 7 días o 50 mg una vez al día durante 3 días) no hubo ninguna reacción adversa clínicamente relevante. En voluntarios sanos, la administración de carbón activado a las 2 y 6 horas después de la ingestión de una dosis de 20 mg de apixaban redujo la AUC media de apixaban en un 50% y 27% respectivamente, y no tuvo impacto en la C_{max} . La semivida de eliminación de apixaban disminuyó de 13,4 horas cuando se administró apixaban solo a 5,3 horas y 4,9 horas respectivamente, cuando se administró carbón activado a las 2 y 6 horas de la administración de apixaban. Por tanto, la administración de carbón activado puede utilizarse para manejar la sobredosis o ingestión accidental de apixaban. Si el sangrado pusiera en peligro la vida del paciente y no se pudiera controlar con las medidas anteriores, puede considerarse la administración de factor VIIa recombinante. Sin embargo, actualmente no hay experiencia con el uso de factor VIIa recombinante en pacientes que reciben apixaban. Debe considerarse la re-dosificación del factor VIIa recombinante y ajustar la dosis dependiendo de la mejoría del sangrado. Dependiendo de la disponibilidad local, debe considerarse la posibilidad de consultar a un experto en coagulación en caso de sangrados mayores. La hemodilísis disminuyó el AUC de apixaban en un 14% en sujetos con enfermedad renal terminal, cuando se administró por vía oral una dosis única de 5 mg de apixaban. Por tanto, es poco probable que la hemodilísis sea una medida efectiva para manejar la sobredosis de apixaban. **DATOS FARMACÉUTICOS. Lista de excipientes:** Núcleo del comprimido: Lactosa anhídrica, Celulosa microcristalina (E460), Croscarmelosa sódica, Laurilsulfato de sodio y Estearato de magnesio (E470b). Cubierta pelicular: Lactosa monohidrato, Hipromelosa (E464), Dióxido de titanio (E171), Triacetina (E1518). Eliquis 2,5 mg: Óxido de hierro amarillo (E172). Eliquis 5 mg: Óxido de hierro rojo (E172). **Incompatibilidades:** No procede. **Periodo de validez:** 3 años. **Precauciones especiales de conservación:** Este medicamento no requiere condiciones especiales de conservación. **Naturaleza y contenido del envase:** Eliquis 2,5 mg: Blisteres de Aluminio-PVC/PVdC. Envases con 10, 20, 60 y 168 comprimidos recubiertos con película. Blisteres unidos perforados de Aluminio-PVC/PVdC con 60x1 ó 100x1 comprimidos recubiertos con película. Eliquis 5 mg: Blisteres de Aluminio-PVC/PVdC. Envases con 14, 20, 56, 60, 168 y 200 comprimidos recubiertos con película. Blisteres unidos perforados de Aluminio-PVC/PVdC con 100x1 comprimidos recubiertos con película. Puede que sólo estén comercializados algunos tamaños de envases. **Precauciones especiales de eliminación:** Ninguna especial. **TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN:** Bristol-Myers Squibb / Pfizer EELG, Bristol-Myers Squibb House, Uxbridge Business Park, Sanderson Road, Uxbridge, Middlesex, UB8 1DH, Reino Unido. **NÚMERO(S) DE AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN:** EU/1/11/691/001-013. **FECHA DE LA PRIMERA AUTORIZACIÓN/RENOVACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN:** Fecha de la primera autorización: 18 de Mayo de 2011. **FECHA DE LA REVISIÓN DEL TEXTO:** Octubre de 2013. La información detallada de este medicamento está disponible en la página web de la Agencia Europea de Medicamentos <http://www.ema.europa.eu/>. **CONDICIONES DE PRESCRIPCIÓN Y DISPENSACIÓN.** Medicamento sujeto a prescripción médica. Incluido en la oferta del SNS con aportación reducida. Visado de inspección. **PRESENTACIONES Y PRECIO:** Eliquis 2,5 mg. Envase de 20 comprimidos (C.N. 654803.5): PVL: 19,40 €; PVP: 29,12 €; PVP IVA: 30,29 €. Envase de 60 comprimidos (C.N. 654804.2): PVL: 58,20 €; PVP: 87,36 €; PVP IVA: 90,86 €. Envase Clínico de 100x1 comprimidos (C.N. 605460.4): PVL: 97 €; PVP: 113,45 €; PVP IVA: 117,99 €. **Eliquis 5 mg.** Envase de 60 comprimidos (C.N. 694840.8): PVL: 58,20 €; PVP: 87,36 €; PVP IVA: 90,86 €. Envase Clínico de 100x1 comprimidos (C.N. 606138.1): PVL: 97 €; PVP: 113,45 €; PVP IVA: 117,99 €. **MANTENER FUERA DEL ALCANCE Y DE LA VISTA DE LOS NIÑOS. CONSULTE LA FICHA TÉCNICA COMPLETA DEL PRODUCTO ANTES DE PRESCRIBIR ESTE MEDICAMENTO.** La información detallada de este medicamento está disponible en la página web de la Agencia Europea de Medicamentos <http://www.ema.europa.eu/>. Si necesita información adicional, diríjase al Servicio de Información Médica de Bristol-Myers Squibb (en nombre de la Alianza Bristol Myers Squibb y Pfizer) a través del teléfono 900 150 160, de la siguiente dirección de correo electrónico: informacion.medica@bms.com, o del siguiente enlace: <http://www.globalmbsmedinfo.com/index.aspx>.

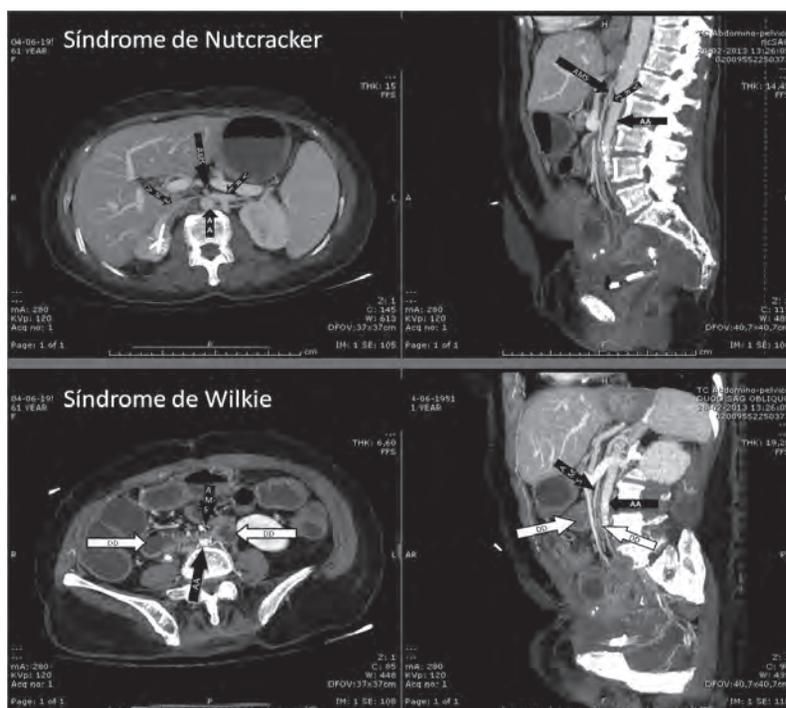
Apertando o cinto: Síndrome de Wilkie e Síndrome de Nutcracker

Tightening the belt: Wilkie's Syndrome and Nutcracker Syndrome

Mulher de 61 anos, desenvolveu Síndrome do Intestino Curto após várias intervenções cirúrgicas por enterite rádica. A investigação complementar por quadro sub-oclusivo levou ao diagnóstico de Síndrome de Wilkie [compressão extrínseca da 3ª porção do duodeno (DD), com dilatação a montante, por pinçamento entre a artéria mesentérica superior (AMS) e a aorta abdominal (AA) com redução do ângulo aorto-mesentérico para $<20^\circ$] e também do Síndrome de Nutcracker [compressão da veia renal esquerda (VRE) no seu trajecto entre a aorta abdominal e artéria mesentérica superior].

O Síndrome de Wilkie¹ (SW) é um síndrome raro, com uma prevalência de 0,013 a 0,3%. É secundário a alterações mecânicas e anatómicas por diminuição do pâncreo adiposo mesentérico (ex. estados catabólicos) ou por cirurgias que reduzam o ângulo aorto-mesentérico (ex. cirurgia bariátrica). Caracteriza-se por um quadro arrastado e intermitente de distensão abdominal pós-prandial, dor, náuseas, vômitos e emagrecimento. Raramente, pode ter uma apresentação aguda com evolução rápida para ileus. O diagnóstico é confirmado através de exames de imagem [tomografia axial computadorizada (TAC) com contraste oral e endovenoso, estudo baritado do trânsito intestinal, ecografia ou ressonância magnética (RMN)]. O tratamento inicial, e na ausência de indicação cirúrgica urgente (ex. massa intra-abdominal, aneurisma) é conservador, para alívio sintomático e aumento do índice de massa corporal. Nos doentes com falência desta abordagem justifica-se a intervenção cirúrgica.

O Síndrome de Nutcracker² é um síndrome raramente descrito. É frequentemente diagnosticado no estudo de hematúria recorrente assintomática. Está associado a alterações anatómicas a nível da AMS ou da VRE ou a situações como ptose renal e fibrose retroperitoneal. Manifesta-se com dor localizada ao abdómen e flanco esquerdo com ou sem hematúria macro ou microscópica, pode apresentar-se com o Síndrome de Congestão Pélvica. A ecografia renal com doppler é o método de diagnóstico de eleição. Excepcionalmente pode



ser necessário recorrer a outros meios complementares como a Angio RMN ou TAC e a angiografia venosa. A terapêutica médica preconiza-se para controlo da dor, da anemia e do Síndrome de Congestão Pélvica. A terapêutica cirúrgica está a ser substituída pela abordagem vascular. Os resultados a curto prazo destas técnicas tem sido satisfatórios, e se assim se mantiverem poderão tornar-se o tratamento de primeira linha desta síndrome.

No caso descrito, o desenvolvimento destes síndromes foi secundário à perda do pâncreo adiposo mesentérico e conseqüente oclusão intestinal proximal e compressão da veia renal esquerda.

Bibliografia

1. Welsch T, Büchler MW, Kienle P. Recalling superior mesenteric artery syndrome. *Dig Surg.* 2007 Jan; 24(3):149–56.
2. Ahmed K, Sampath R, Khan MS. Current trends in the diagnosis and management of renal nutcracker syndrome: a review. *Eur J Vasc Endovasc Surg.* 2006 Apr; 31(4):410–6.

Diagnóstico: Síndrome de Wilkie e Síndrome de Nutcracker

Isabel Jesus Pereira¹, Catarina Tavares²

¹Serviço de Medicina Interna. ²Serviço de Imagiologia. Hospital Pedro Hispano. Matosinhos. Portugal

Correspondência: misabel_jp@hotmail.com

Como citar este artigo: Jesus Pereira I, Tavares C

Síndrome de Wilkie e Síndrome de Nutcracker. *Gaceta Clin* 2014; 75 (1): 44

Recibido: 15/10/2013; Aceptado: 31/01/2014

Hipocoagulação: sim ou não?

Anticoagulation: yes or no?

Mulher de 38 anos, submetida a cirurgia de substituição valvular aos 32 anos, com colocação de próteses mecânicas mitral e aórtica por doença reumática. Apresentou sempre INR lábil e de difícil controlo. Observada no Serviço de Urgência por cefaleias holocranianas intensas, associadas a hemiparesia esquerda de predomínio braquio-facial e hemianopsia homónima esquerda. Constatada extensa hemorragia intracerebral hemisférica direita, com ruptura para o espaço subdural e subaracnoideu (Figura 1), possivelmente em contexto de sobredosagem de varfarina com INR de 5. Não havia história de traumatismo.

Realizada drenagem cirúrgica e posteriormente craniectomia descompressiva, por hipertensão intra-craniana persistente (Figura 2). Não se conseguiu, no entanto, score da escala de coma de Glasgow superior a 9.

Cerca de 1 mês após a primeira intervenção cirúrgica retomou-se a hipocoagulação com varfarina pelo risco trombótico conferido pelas próteses valvulares. Manteve INR em faixa terapêutica. No entanto, 5 dias depois verificou-se agravamento do estado de consciência e aparecimento de tumefação cefálica temporo-parietal direita. Realizou tomografia computadorizada crânio-encefálica que mostrou extensa área hemorrágica no local do anterior sangramento (Figura 3), tendo-se decidido suspender definitivamente a hipocoagulação. Orientou-se a doente para Unidade de Cuidados Paliativos.

Cerca de 20% das hemorragias cerebrais devem-se ao uso de anticoagulantes e revestem-se por esse motivo de pior prognóstico¹. Também geram importantes dilemas na gestão do risco trombótico versus hemorrágico, sendo os principais problemas: reiniciar ou não hipocoagulação e quando o fazer¹⁻⁴. Em relação à primeira questão, a decisão dependerá do balanço entre o risco trombótico e hemorrágico de cada doente, enquanto que para o segundo problema parece ser consensual o reinício da hipocoagulação 7 a 14 dias após a hemorragia aguda^{2,4}. No caso das próteses valvulares mecânicas, o risco de evento trombótico é de cerca de 4% por ano, aproximadamente equivalente ao risco de recidiva da hemorragia, não havendo portanto consenso na estratégia terapêutica mais correta⁴.

Bibliografia

1. Dowlatshahi D, Butcher K, Asdaghi N, et al. Poor prognosis in warfarin-associated intracranial hemorrhage despite anticoagulation reversal. *Stroke*. 2012; 43: 1812-7.
2. Steiner T. Resumption of oral anticoagulation after warfarin-associated intracerebral hemorrhage: Yes. *Stroke*. 2011; 42: 3661-2.
3. Schulman S. Resumption of oral anticoagulation after warfarin-associated intracerebral hemorrhage: No. *Stroke*. 2011; 42: 3663-4.
4. Goldstein J, Greenberg S. Should anticoagulation be resumed after intracerebral hemorrhage? *Cleveland Clinic Journal of Medicine*. 2010; 77: 791-7.

Diagnóstico: Hemorragia intracerebral em contexto de sobredosagem de varfarina

Andreia Vilas-Boas, Filipe Teixeira-Andrade

Servicio de Medicina Interna. Hospital Pedro Hispano. Matosinhos. Portugal

Correspondencia: andreiavilasboas@gmail.com

Como citar este artículo: Vilas-Boas A, Teixeira-Andrade F.

Diagnóstico: Hemorragia intracerebral em contexto de sobredosagem de varfarina. *Galicia Clin* 2014; 75 (1): 44

Recibido: 18/11/2013; Aceptado: 31/01/2014

Figura 1. TC-CE da doente à admissão hospitalar mostrando hemorragia aguda corticossubcortical frontoparietal parassagital direita.

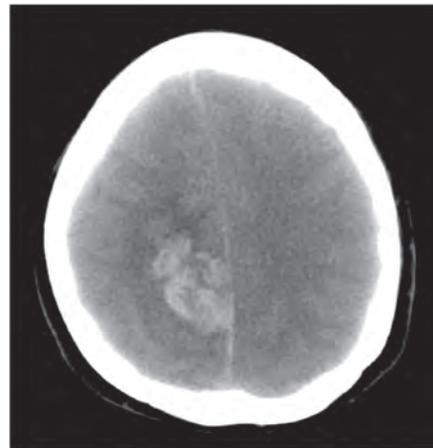


Figura 2. TC-CE pós-craniectomia descompressiva direita com pequeno higroma e mínima quantidade de sangue decantado no corno occipital do ventrículo lateral direito.

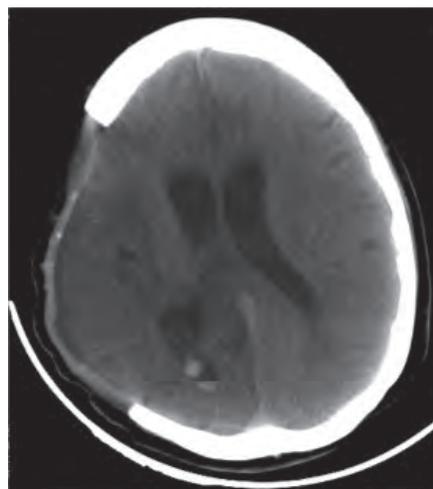
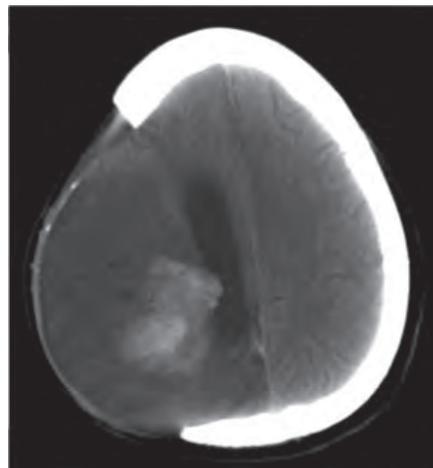


Figura 3. TC-CE de reavaliação após re-introdução de hipocoagulação oral mostrando lesão hemorrágica a deformar levemente a parede do ventrículo lateral direito, associada a hidrocefalia activa.



Sepsis de origen infrecuente en una mujer anciana

Uncommon sepsis in an elderly woman

Mujer de 85 años con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2 y neoplasia de colon intervenida hace 3 años. Ingresa por un cuadro febril sin foco. Seis horas después comienza con dolor intenso a nivel hipogástrico y resistencia abdominal. La analítica es compatible con una sepsis grave con coagulopatía. Se realiza TC abdomino-pélvico (Figura 1) donde se observa a nivel de útero una lesión heterogénea de 70 x 70 mm de diámetro transverso y anteroposterior con gas en su interior. Se identifican burbujas aéreas extraluminales locorregionales. Tras estabilización clínica y corrección de la coagulopatía, se procede a intervención quirúrgica. El cultivo del líquido peritoneal resulta positivo para *E. coli*. La paciente presenta mala evolución, siendo exitus a las 48 horas. La pieza anatómica confirma el diagnóstico de endometritis y miometritis aguda necrotizante y perforación uterina. La miometritis aguda necrotizante es una entidad clínica muy infrecuente^{1,2}. Se produce fundamentalmente en el postparto, tras procesos ginecológicos invasivos, o secundaria a una enfermedad pélvica inflamatoria, condiciones que nuestra paciente no presentaba, y que dificultaron el diagnóstico. Aunque en nuestro caso se aisló únicamente *E. coli*, estas entidades suelen ser polimicrobianas y, junto a manejo quirúrgico requieren habitualmente antibioterapia de amplio espectro².

Diagnóstico:

Miometritis aguda necrotizante

Bibliografía

1. Izumi J, Hirano H, Yoshioka H, Takisawa J. Computed tomography findings of spontaneous perforation of pyometra. *Jpn J Radiol.* 2010 Apr; 28(3):247-9.
2. Stunell H, Hou D, Finlayson S, Harris AC. Spontaneous perforation of pyometra due to acute necrotising endometritis. *J Obstet Gynaecol.* 2011 Oct; 31(7):673-4.

A. Mateos-Díaz, M. Belhassen-García.

Servicio de Medicina Interna. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca. SACYL. Salamanca

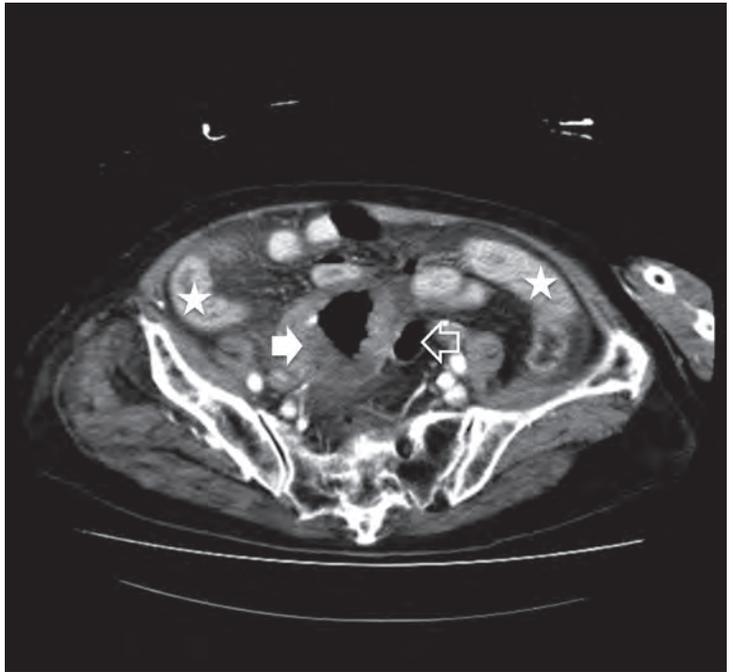
Correspondencia: mbelhassen@hotmail.com

Como citar este artículo: Mateos-Díaz A, Belhassen-García M. Miometritis aguda necrotizante. *Gaceta Clin* 2014; 75 (1): 44

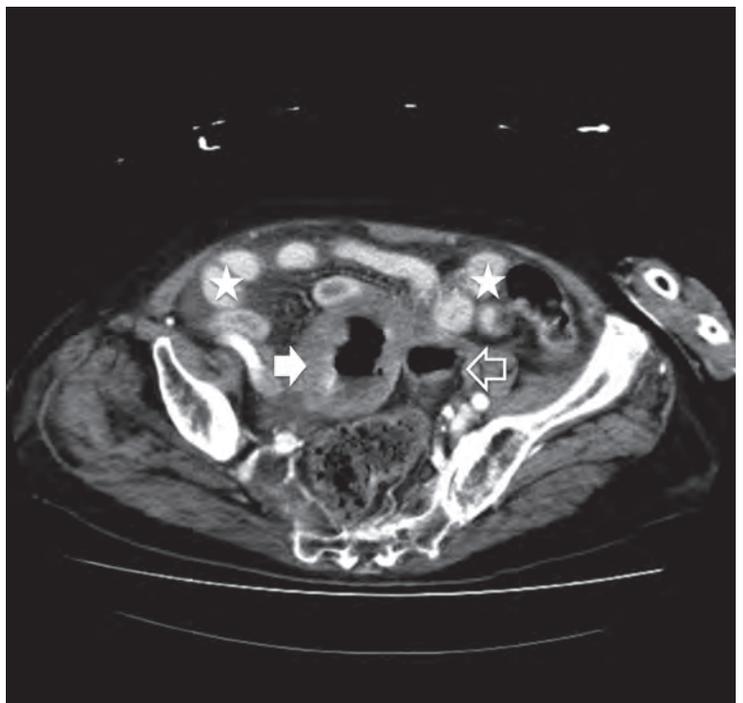
Recibido: 27/11/2013; Aceptado: 29/01/2014

Figura 1a-b

a) Se observa a nivel uterino lesión heterogénea de 70 x 70 mm de diámetro transverso y anteroposterior, con gas en su interior y burbujas aéreas extraluminales locorregionales.



b) Estrella: asas de intestino. Flecha: Útero con gas en su interior y nivel hidroaéreo. Flecha hueca: burbujas aéreas extraluminales locorregionales



XXXI REUNIÓN ANUAL DE LA SOGAMI

13-14 de junio de 2014

Ourense

Programa

Viernes 13 de Junio 2014

XXXI reunión anual de la SOGAMI

- 11:30h TALLERES FORMATIVOS** (elegir 2 talleres como máximo, plazas limitadas a 20 asistentes por taller):
EXPLORACIÓN NEUROLÓGICA: buscando la excelencia. Dr. Manuel Seco Fernández, Médico internista jubilado.
HEMOCULTIVOS: Técnica, indicaciones e interpretación. Felipe Morales Martín y Ana de Malet Pintos-Fonseca. S. de Medicina Interna y Microbiología de HCV.
PATOLOGÍA HEPATO-BILIAR Y COMORBILIDAD: I+I (internista + intervencionista. Dra. Beatriz Suárez y Dr. JM Fdez. Carrera Soler. CHUO.
MANEJO DE LA IC: CASOS PRÁCTICOS. Dres. Ana Isusi Moure y J. López Castro. CHUO y HCV.
- 15:30h ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN.**
- 16:00h COMUNICACIONES ORALES.**
 MODERADORES: Dres. Julio Montes Santiago y Juan J. González Soler. CHUVI-Meixoeiro y CHUO.
- 17:00h ACTUALIZACIÓN EN MEDICINA VASCULAR.**
 MODERAN: Dr. Manuel de Toro Santos /Eliseo Señorís Rodríguez. CHUO y Hospital Comarcal de Verín.
 • **DONDE ESTAMOS EN EL MANEJO DE PACIENTE CON RIESGO VASCULAR TRAS EL ATP IV y LAS GUIAS EUROPEAS.** Dr. JL Díaz Díaz. Internista CHUAC. Perteneciente al Grupo GRIVA.
 • **PROTEINA KLOTHO Y FGF 23. UN NUEVO PARADIGMA TAMBIEN EN RIESGO VASCULAR.** Dr. Santiago Freire. Internista CHUAC.
 • **HIPERTENSION ARTERIAL .CAMBIOS EN NUESTRA PRACTICA CLINICA. SUMARIO DE RECOMENDACIONES TRAS EL JNC 8 y LAS GUIAS EUROPEAS.** Dr. Antonio Pose Reino. Internista CHUS. Perteneciente al grupo GRIVA.
- 18:30h PAUSA-CAFÉ.**
- 19:00h INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS.SESION INTERACTIVA.**
 Prof. Francisco Morales Olivas. Catedrático de Farmacología de La Universidad de Valencia.
- 20:00h INAUGURACIÓN DE LA REUNIÓN:** Vicepresidente de SEMI, Presidente SOGAMI y Presidentes Com. Científico y Organizador.
- 20:10h ASAMBLEA DE LA SOGAMI.**
- 20:50h SALIDA EN AUTOBÚS DESDE LA SEDE DE LA REUNIÓN AL RESTAURANTE.**

Sábado 14 de Junio 2014

XXXI reunión anual de la SOGAMI

- 9:00h COMUNICACIONES ORALES.**
 MODERADORES: Dras. M^a Dolores Díaz López y Asunción López Soto. CHUO.
- 10:00h ACTUALIZACIÓN EN ENFERMEDADES INFECCIOSAS.**
 MODERAN: Dres. Juan Corredoira Sánchez y Ricardo Fernández Rodríguez. Hospital Universitario Lucus Augusti, LUGO y Complejo Hospitalario Universitario de Ourense.
 • **INFECCIONES TRANSMITIDAS POR ARTRÓPODOS.** Dra. Dolores Díaz López. Unidad de E. Infecciosas, Medicina Interna CHUO Ourense.
 • **DURACIÓN DE LA ANTIBIOTERAPIA, ¿MENOS ES MÁS?.** Dr. Juan Pasquau Liaño. Servicio de Infecciosas, Hospital Virgen de las Nieves, Granada.
 • **COMORBILIDADES EN PACIENTES CON INFECCIÓN VIH.** Dr. Antonio Antela López. Unidad de Infecciosas- Medicina Interna. CHUS- Santiago de Compostela.
- 11:30h PAUSA-CAFÉ**
- 12:00h MEDICINA INTERNA: NUEVOS OBJETIVOS Y NUEVAS FORMAS DE TRABAJO. LA CRONICIDAD.**
 MODERAN: Dr. Ovidio Fernández Álvarez y Dr. Fernando Diz-Lois Martínez. CHUO y CHUAC. Médicos internistas eméritos honoríficos del SERGAS.
 • **CONSULTA EXTERNA EN M.I.: ¿qué quieren de nosotros?** Dr. José Luis Jiménez Martínez. Medicina Interna. CHUO.
 • **TELEMEDICINA y ATENCIÓN NO PRESENCIAL en el HOSPITAL.** Dr. Julio García Comesaña, Subdirector Xeral de Ordenación Asistencial e Innovación Organizativa. SERGAS.
 • **PLURIPATOLOGÍA Y DEPRESCRIPCIÓN.** Antonio Villafaina Barroso. Coordinador del Laboratorio de Prácticas Innovadoras en Polimedicación y Salud del Servicio Extremeño de Salud.
- 13:30h CLAUSURA OFICIAL DE LA REUNIÓN. ENTREGA DE PREMIOS.**
- 14:00h CÓCTEL DE DESPEDIDA.**

“Solicitada la declaración de interés Sanitario”
 y actividad formativa acreditada por la comisión
 de formación continuada de la profesiones
 sanitaria de la Comunidad Autónoma de Galicia

COMUNICACIONES ORALES

¿MANEJAMOS BIEN LA AMNESIA GLOBAL TRANSITORIA?

Vares González M, Barbagelata López C, Linares García D, Arévalo Gómez A, Rodríguez González A, Freire Castro S.

UNIDAD DE PREINGRESO. MEDICINA INTERNA. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO A CORUÑA.

INTRODUCCIÓN: La amnesia global transitoria (AGT) es un trastorno autolimitado de la memoria anterógrada. Su etiopatogenia no está claramente definida, lo que dificulta el manejo.

OBJETIVO: Describir las características clínicas, los factores de riesgo vascular, la actitud diagnóstica terapéutica y la evolución de la AGT. **Método:** Estudio observacional retrospectivo de los pacientes (p) que ingresaron en el Hospital Universitario de A Coruña con el diagnóstico de AGT entre los años 2006-2013 y que cumplían los criterios de Caplan modificados por Hodges. Se aplicó un análisis estadístico descriptivo con el paquete estadístico SPSS versión 19.0.

RESULTADOS: Se analizaron 108 p con diagnóstico de AGT; se excluyó a 10 por no cumplir los criterios. La edad media (DS) fue de 65 (8.91) años; 52%, mujeres. En el 71.5% duró < 5 h. Se identificó un factor precipitante en el 24.5%, siendo el estrés psíquico/físico (50%/45.8%) el más relevante. El síntoma más frecuente fue el lenguaje repetitivo (63%), seguido de ansiedad (10%), cefalea (9%) y mareo (9%). Un 4.1% tenían migraña y un 9.2% síndrome ansioso-depresivo. Un 18% no tenía ningún factor de riesgo vascular. Presentaron HTA (53.1%), DL (55.1%), cardiopatía isquémica (9.2%), DM (7.1%), fumador activo (7.1%). Se describieron episodios previos de AGT en el 9.2% y de AITs en el 6.2%. La TA en urgencias fue $\geq 140/90$ en el 30.6%; el 27.1% presentó colesterol total ≥ 220 mg/dL. Se realizó TC craneal al 100% de los p, que descartó patología aguda; RM al 40.6%, con alteraciones agudas sólo en un p; Doppler TSA al 80.6%, mostrando aterosclerosis en el 44.4%, sin producir en ningún caso estenosis significativas; EEG al 75%, con actividad irritativa temporal en el 50%, lo que no trajo el desarrollo posterior de epilepsia; Ecocardiografía al 25.8% (normal el 73.1%). Se inició/mantuvo antiagregación con AAS en el 67%/15.9%. Se iniciaron/mantuvieron estatinas en el 24.7%/28%. En los 6 meses posteriores al diagnóstico de AGT, sólo recibió un p, con diagnóstico final de glioblastoma multiforme. En el mismo periodo temporal, ningún p presentó AITs ni fue diagnosticado de epilepsia. Ampliando el seguimiento a dos años, 1 p desarrolló epilepsia, 2 AITs y 2 nuevos episodios de AGT. El 53.1% se derivaron a consultas, siendo la mediana de seguimiento de 0 días. 2/3 de los p ingresaron en Medicina Interna (MI), 1/3 en Neurología (NRL). La estancia media (DS) fue de 6.04 (4.88) días en MI y de 7.5 (4.89) en NRL ($p < 0.003$). El estudio comparativo multivariante no objetivó diferencias significativas, excepto en el número de RM solicitadas durante el ingreso (NRL (20), MI (10)). **CONCLUSIONES:** 1) La AGT es una patología benigna. 2) El % de HTA y DL es mayor al descrito en la población española. 3) Exceptuando la TC craneal, el resto de estudios deben ser dirigidos. 4) Se inició antiagregación no indicada en 2/3 de los p. 5) El manejo ambulatorio de estos p parece seguro.

ABSCESO HEPÁTICO PIÓGENO (AHP): CAMBIOS A LO LARGO DE 3 DÉCADAS

Ventura P, López-Reboiro M, Rabuñal R, García-Pais M, Coira A, Rodríguez-Macia A, López-Alvarez M, J. Corredoira J.

MEDICINA INTERNA, MICROBIOLOGÍA Y UNIDAD DE INFECCIOSAS. HOSPITAL UNIVERSITARIO LUCIUS AUGUSTI.

INTRODUCCIÓN: El AHP es una enfermedad poco frecuente, que en las últimas décadas ha experimentado cambios en su diagnóstico y manejo. Por este motivo hemos analizado nuestra experiencia a lo largo de más de 30 años.

MÉTODOS: Se revisaron 190 pacientes con AHP diagnosticados durante 3 periodos: 1981-1989 (n=15), 1990-1998 (n=51) y 2004-2012 (n=124) comparando sus características.

RESULTADOS: Los cambios más importantes ocurrieron al comparar el 1º periodo con el 3º. Durante dicho periodo se incrementó la tasa/100.000 ingresos (14 vs 60; $p < 0.001$), la edad media (52 vs 69 años, $p < 0.001$), el cáncer (7% vs 32%; $p < 0.07$), el diagnóstico inicial correcto (0 vs 31%; $p < 0.02$), la presencia de foco de origen biliar (13% vs 48%; $p < 0.03$), el diagnóstico mediante eco/TAC (47% vs 100%; $p < 0.001$), la documentación bacteriológica (53% vs 76%; $p < 0.06$), la utilización de drenaje no quirúrgico (0 vs 38.5%; $p < 0.0004$). Por otra parte, disminuyeron los ingresos en Cirugía (67% vs 20%; $p < 0.001$), la demora diagnóstica (13 vs 2.9 días; $p < 0.001$), los abscesos criptogénicos (67% vs 27%; $p < 0.001$), el drenaje quirúrgico (67% vs 16%; $p < 0.001$) y la mortalidad (40% vs 15%; $p < 0.009$).

CONCLUSIONES: A lo largo de estas últimas décadas se han producido importantes cambios en la epidemiología, diagnóstico, tratamiento y mortalidad del AHP.

CAMBIOS EN LA HOSPITALIZACIÓN DE PACIENTES CON INFECCIÓN POR VIH. ESTUDIO DESCRIPTIVO EN EL PERIODO 1993-2013

Mejide H, Mena A, Rodríguez-Osorio I, Castro A, Lopez S, Vazquez P, Pemas B, Poveda E, Pedreira JD.

GRUPO DE VIROLOGÍA CLÍNICA, INIBIC-COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE A CORUÑA. CHUAC.

INTRODUCCIÓN: La introducción del tratamiento antirretroviral y las características epidemiológicas del paciente VIH han modificado el perfil de las hospitalizaciones en esta población en los últimos años. El objetivo del presente estudio es analizar los ingresos de nuestra área asistencial en los últimos 20 años.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se recogieron todos los ingresos de pacientes con infección por VIH en el Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña (CHUAC) en el periodo 1993-2013, mediante la herramienta de codificación CIE-9. Se analizaron las características clínicas y epidemiológicas, el tipo y motivo de ingreso, la unidad de hospitalización, el ingreso en UCI, la estancia media, el reintegro a los 30 días y la mortalidad durante el ingreso. Se compararon estas variables en dos periodos (1993-2002 y 2003-2013). Las variables cualitativas se expresaron como porcentajes y las cuantitativas como media \pm SD o mediana (IQR). Se utilizó el paquete estadístico SPSS 16.0.

RESULTADOS: Se registraron un total de 6917 ingresos que corresponden a 1937 pacientes (75

%varones, edad media 36 ± 11 , 27% coinfectados VIH_VHC), con una media de 4 ingresos por paciente. Comparando ambos periodos: disminuyeron los ingresos programados (42% vs 27%, $p < 0.001$); la estancia media (9 [5-16] vs 8 [4-15]) y la tasa de reintegro (16.5% vs 17%) fueron similares; aumentaron los ingresos en UCI (2% vs 6%, $p < 0.001$) y la mortalidad durante el ingreso fue similar (6.8% vs 6.3%). En cuanto al motivo de ingreso, se apreció un descenso significativo ($p < 0.001$) en patología infecciosa (49.1% vs 35.3%) y psiquiátrica (9.1% vs 5.2%), frente a un ascenso significativo ($p < 0.001$) de patología tumoral (3.6% vs 7.8%), enfermedades cardiovasculares (1.2% vs 3.7%), patología digestiva (9.2% vs 16.1%) y patología respiratoria crónica (5.6% vs 10.9%). Durante todo el periodo (1993-2013), se objetivó que los pacientes coinfectados ingresan más veces que los mono infectados (5.7 vs 3.3, $P < 0.01$), lo que supone una mayor suma de estancias en días por paciente en esta población (68 vs 41, $p < 0.001$).

CONCLUSIONES: 1- Se mantiene estable el número de ingresos en los últimos 20 años aunque descienden los programados. 2- La estancia media y la tasa de reintegro permanecen constantes. La mortalidad durante el ingreso permanece elevada y estable. 3- Se objetiva un notable descenso de ingresos motivados por patología infecciosa y psiquiátrica, con incremento significativo de patología tumoral, cardiovascular y respiratoria crónica. 4- Se aprecia un mayor número de ingresos en población coinfectada VIH_VHC, lo que supone un mayor consumo de recursos.

ESTUDIO DE LAS INTERCONSULTAS SOLICITADAS A MEDICINA INTERNA EN EL COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE OURENSE

González Noya A, Gómez Fernández R, Isusi Moure A, López Mato P, Fernández Regal I, Pérez Carral V, Rodríguez Álvarez P.

MEDICINA INTERNA. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE OURENSE.

INTRODUCCIÓN: El servicio de Medicina Interna recibe solicitudes de consulta desde otras especialidades hospitalarias para completar el manejo diagnóstico y terapéutico del paciente, con la finalidad de mejorar la calidad asistencial.

OBJETIVOS: Estudiar las características de las interconsultas realizadas desde las diferentes especialidades hospitalarias.

MÉTODOS: Estudio descriptivo retrospectivo de las interconsultas realizadas durante el año 2013 al servicio de Medicina Interna del Complejo Hospitalario de Ourense.

RESULTADOS: El total de interconsultas realizadas fue de 563. Las especialidades demandantes fueron Traumatología (43, 7%), Cirugía General (26, 6%), y del área médica, procedían de Cardiología (5%) y Neurología (1, 6%). Los pacientes estudiados fueron mujeres y hombres en igual proporción; con edades entre los 19 y los 102 años. Presentaban hábitos tóxicos un 18, 8%, negándolos el 81, 2% restante. Presentaban hipertensión arterial un 60, 9% y la prevalencia de diabetes era de un 27%. Padecían EPOC un 12, 6% y FA un 23, 1%. Los motivos de consulta a destacar fueron patología respiratoria en un 16%; mal control de cifras de TA (9, 2%) y solicitud de seguimiento por pluriopatología (7, 6%). El tiempo medio de respuesta tras la solicitud fue de 1, 35 días y de seguimiento fue de 8, 26 días. Un 6, 9% de los interconsultados fue seguido en las consultas externas de Medicina Interna tras el alta.

CONCLUSIONES: Las especialidades más demandantes pertenecen al área quirúrgica, principalmente Traumatología y Cirugía General. Los pacientes atendidos se caracterizan por la pluriopatología, con una alta prevalencia de HTA, DM y EPOC. El motivo más frecuente de consulta fue la patología respiratoria y cardiovascular. El estudio muestra la prontitud de respuesta de los internistas y la frecuente necesidad de seguimiento durante la hospitalización. El número de interconsultas y la complejidad de las mismas, refuerza la necesidad de especialistas internistas en las áreas quirúrgicas, revelando así la importancia del servicio.

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LAS BACTERIEMIAS POR S. PYOGENES EN UN HOSPITAL DE 3ER NIVEL

Suárez Fuentetaja R, Domínguez Rodríguez T, Bravo-Ferrer Acosta JM, Porto Pérez AB, Verdeal Dacal R, Piñeiro Parga P, Castelo-Corral LM, Vares González M, Sánchez Vidal E, Rodríguez Mayo M, Sousa Regueiro D, Miguez Rey E, Alonso Mesonero D, Linares Modéjar P.

SERVICIO DE MEDICINA INTERNA. UNIDAD DE ENFERMEDEDES INFECCIOSAS. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO A CORUÑA.

INTRODUCCIÓN: En las últimas décadas, se ha descrito un aumento de la incidencia de enfermedad invasiva grave por *Streptococcus pyogenes* (S. pyogenes), incluyendo los episodios de bacteriemias.

OBJETIVOS: Descripción de las características epidemiológicas y clínicas de las bacteriemias por S. pyogenes y factores asociados a mortalidad.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se revisaron de forma retrospectiva todos los episodios de bacteriemia por S. pyogenes desde el 2001 al 2013, recogiendo variables demográficas, clínicas, microbiológicas y terapéuticas. El análisis estadístico se realizó con SPSS 21.

RESULTADOS: Se incluyeron 77 casos; el 53% eran varones. La edad media fue de 54 a. (± 27). El 60% presentaba alguna comorbilidad, con un índice de Charlson medio de 1.6 (± 2); siendo las más frecuentes, diabetes (22%) y cardiopatía (19%). El 55% presentaban al menos un factor de riesgo para infección por S. pyogenes, siendo los más frecuentes, algún tipo de lesión cutánea (38%) y algún grado de inmunosupresión (32%). El índice de Pitt medio fue de 3.66 (± 3.5). La adquisición fue comunitaria en el 80%. Los focos más frecuentes fueron infección de piel y partes blandas en 32 (41%), neumonía/empiema en 10 (13%) y bacteriemia primaria en 12 (15%). Todos los aislados fueron sensibles a la penicilina, objetivándose resistencia a macrólidos en el 17% y a clindamicina en el 5%. En el tratamiento dirigido, se utilizó terapia combinada en el 48%, asociándose en el 59% de los casos un betalactámico con clindamicina o linezolid. La respuesta clínica fue favorable en el 75%. Como complicación, desarrollaron sepsis grave 33 (43%) y shock séptico 25 (32%). La mortalidad

a los 30 días fue de 17(22%); relacionándose con un índice de Charlson ≥ 1 , bacteriemia primaria, alteración del nivel de conciencia, plaquetopenia, índice de Pitt >2 , desarrollo de insuficiencia renal, sepsis grave y shock séptico ($p < 0.05$).

CONCLUSIONES: La enfermedad invasiva por *S. pyogenes* puede afectar a pacientes previamente sanos y sin factores de riesgo; presentando una alta tasa de complicaciones y mortalidad, que pone de manifiesto la alta patogenicidad de *S. pyogenes* en infecciones graves y la importancia del manejo integral de estos casos.

FACTORES ASOCIADOS A MORTALIDAD Y REINGRESO EN PACIENTES CON INFECCIONES DE PARTES BLANDAS

Alende Castro V; Vázquez Ledo L; Maciá Rodríguez C; Novo Veleiro I; González Quintela A.

SERVICIO DE MEDICINA INTERNA. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE SANTIAGO DE COMPOSTELA.

INTRODUCCIÓN: Las infecciones de partes blandas constituyen un problema habitual en los pacientes ingresados en unidades médicas, a pesar de lo cual en muchas ocasiones son consideradas como problemas secundarios.

OBJETIVOS: Analizar los factores asociados a mortalidad a corto y medio plazo y reingreso en estos pacientes.

MÉTODOS: Estudio retrospectivo en el que se incluyeron todos los pacientes ingresados durante el periodo 2011 - 2013 con diagnóstico de infecciones de partes blandas en Medicina Interna. Se recogieron variables epidemiológicas, clínicas, analíticas y microbiológicas. Se realizó un análisis univariante y multivariante para determinar los factores asociados a mortalidad y reingreso.

RESULTADOS: Se incluyeron 224 pacientes (50, 9% hombres) con una edad media de 71, 4 \pm 16, 9 años. La mortalidad intrahospitalaria fue del 16, 5%, la frecuencia de reingreso a 6 meses del 26, 5% y la mortalidad durante el seguimiento del 10, 4%. Los principales factores asociados a mortalidad durante el ingreso fueron: insuficiencia cardiaca (OR=3, 22; IC95% 1, 11-9, 33), insuficiencia renal crónica (OR=3, 46; IC95% 1, 17-10, 21) y tratamiento antibiótico empírico inadecuado (OR=15, 07; IC95% 4, 17-54, 53). Los principales factores asociados al reingreso fueron: neoplasias (OR=2, 96; IC95% 1, 02-8, 56), insuficiencia cardiaca (OR=2, 99; IC95% 1, 33-6, 69) y sexo masculino (OR=3, 04; IC95% 1, 38-6, 69).

CONCLUSIONES: Las infecciones de partes blandas son frecuentes en los pacientes ingresados en medicina interna y se asocian a una elevada mortalidad. Factores como la insuficiencia renal crónica y la insuficiencia cardiaca pueden ayudar a identificar a aquellos pacientes con un mayor riesgo de evolución desfavorable. El inicio de un correcto tratamiento antibiótico empírico al ingreso es un factor determinante para reducir la mortalidad de estos pacientes.

FACTORES PREDICTORES DE MORTALIDAD EN LA HEPATITIS ALCOHÓLICA AGUDA. COMPARACION DE ÍNDICES PRONÓSTICOS

Bermúdez Ramos M, Campos Franco J, Otero Antón E, Tomé S, Fernández Somoza JM, Valcárcel García MA., González Quintela A.

MEDICINA INTERNA. HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE SANTIAGO DE COMPOSTELA.

INTRODUCCIÓN: La hepatitis alcohólica aguda (HAA) conlleva una elevada morbimortalidad. Se han empleado diferentes índices pronósticos para evaluar su gravedad.

OBJETIVOS: Analizar los factores epidemiológicos y analíticos asociados con la mortalidad a corto plazo de la HAA clínica y comparar la utilidad de los índices pronósticos disponibles en la actualidad.

MÉTODOS: Se revisaron las historias clínicas de 195 pacientes ingresados por HAA en un hospital de tercer nivel durante un periodo de 10 años, no tratados con corticoides. Se evaluó la influencia sobre la mortalidad a 90 días de la edad, el género, los parámetros del hemograma, coagulación y bioquímica completa al ingreso y en el 7º día, las inmunoglobulinas, alfafetoproteína y TPS. Se comparó la sensibilidad y especificidad del MELD, MELDNa, ABIC, UKELD, Glasgow y Función discriminante de Maddrey para pronosticar la mortalidad a 30, 90 y 180 días mediante la determinación del área bajo la curva de sus respectivas curvas ROC en episodios no tratados con corticoides.

RESULTADOS: En el análisis univariante se asociaron a mortalidad a 90 días la bilirrubina total (OR 1, 11; IC 95%: 1, 06-1, 16), INR (OR 6, 96; IC 95%: 2, 86-16, 94), albúmina (OR 0, 18; IC 95%: 0, 08-0, 41), sodio plasmático (OR 0, 90; IC 95% 0, 84-0, 95) y hemoglobina (OR 0, 68; IC 95% 0, 57-0, 82). En el análisis multivariante se asociaron a mortalidad a 90 días el INR (OR 3, 83; IC 95% 1, 53-9, 57), bilirrubina total (OR 1, 11; IC 95% 1, 06-1, 17) y hemoglobina (OR 0, 71; IC 95%: 0, 58-0, 89). No hubo diferencias significativas en la capacidad de predicción de la mortalidad de los diferentes scores analizados, con áreas bajo la curva a 90 días entre 0, 73 y 0, 96.

CONCLUSIONES: No se demostró la superioridad de ningún índice pronóstico en la predicción de mortalidad a corto plazo de la hepatitis alcohólica. La elevación de bilirrubina y la prolongación del INR son los factores predictores de mortalidad más importantes. La anemia puede ser factor predictivo adicional.

INFECCIÓN EXTRAINTestinal POR AEROMONAS: DÓNDE Y EN QUÉ PACIENTES

Soto Peleteiro A, Pérez-Rodríguez MT, Martínez-Lamas L¹, Gómez JM, Sousa A, Martínez A, Rodríguez A, Argibay A, Nodar A, Rivera A.

UNIDAD DE PATOLOGÍA INFECCIOSA. SERVICIO DE MEDICINA INTERNA. SERVICIO DE MICROBIOLOGÍA. HOSPITAL XERAL-OIES. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE VIGO.

INTRODUCCIÓN: Aeromonas es un bacilo gramnegativo presente en el medio ambiente. El cuadro clínico más frecuente es la gastroenteritis aguda, aunque cada vez son más las infecciones extraintestinales. El objetivo de este estudio fue conocer las características clínicas, microbiológicas y factores predisponentes de las infecciones extraintestinales por Aeromonas en nuestro medio.

PACIENTES Y MÉTODOS: De forma retrospectiva se revisaron todos los aislamientos extraintestinales de Aeromonas entre noviembre de 2009 y diciembre del 2013.

RESULTADOS: Se obtuvieron 21 aislamientos, en 20 pacientes, 55% varones con una edad media de 64 \pm 3.5 años. Aeromonas se aisló en líquido biliar en 6 casos (30%): 3 colecistitis agudas y 3 abscesos del lecho quirúrgico. También se identificaron 6 aislamientos en hemocultivos, 5 con patología hepato-biliar y 1 bacteriemia primaria. En 5 pacientes (25%) se aisló en exudados de heridas, 3 úlceras por presión y 2 celulitis, los 2 casos de celulitis habían presentado un traumatismo previo y uno había estado en contacto con agua. En 3 casos se aisló en esputo, presentando clínica respiratoria 2 de ellos. Aeromonas se aisló en 1 urocultivo en un paciente con nefrostomía. El 60% de los pacientes presentaban alguna comorbilidad, siendo las más frecuentes la diabetes mellitus (35%) o la neoplasia (20%). Además, el 35% de los pacientes tenían antecedentes de patología de la vía biliar y/o pancreática. Durante el ingreso fallecieron 4 pacientes (11%), 3 por su patología de base y 1 por sepsis. La especie más frecuentemente aislada fue la *A. hydrophila* (85%), seguida de *A. sobria* (5%) y *A. salmonicida* (5%). En un caso no se identificó la especie. El 65% fueron polimicrobianas.

CONCLUSIONES: La infección de la vía biliar y la infección de piel y partes blandas son las formas más habituales de infección extraintestinal por Aeromonas. Esta infección suele presentarse en pacientes con alguna comorbilidad, especialmente neoplasia o diabetes mellitus.

INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO EN EL PACIENTE ANCIANO INGRESADO: PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO DE AISLAMIENTO DE ENTEROBACTERIAS PRODUCTORAS DE BETALACTAMASAS DE ESPECTRO EXTENDIDO

Lamas Ferreiro JL (1), Arca A (1), González González L (1), Álvarez J (1), Rodríguez I (2), Enríquez de Salamanca I (3), Bermúdez JR (1), de la Fuente J (1).

(1) MEDICINA INTERNA, (2) MICROBIOLOGÍA, (3) MEDICINA PREVENTIVA. P.O.VISA, VIGO (PONTEVEDRA).

INTRODUCCIÓN: las infecciones del tracto urinario son una patología muy prevalente en los pacientes ingresados, siendo las enterobacterias los microorganismos más comúnmente implicados. En los últimos años existe una preocupación creciente por la aparición de enterobacterias productoras de betalactamasas de espectro extendido (EB-BLEEs), caracterizadas por una alta resistencia a múltiples antibióticos. El envejecimiento progresivo de nuestra población, con un aumento significativo de pacientes institucionalizados y con múltiples comorbilidades, podría jugar un papel importante en el aumento de infecciones por dichos patógenos.

OBJETIVOS: determinar la prevalencia de EB-BLEEs en urocultivos de pacientes ancianos ingresados en nuestro hospital y evaluar los factores de riesgo, mortalidad y estancia media en dicho grupo de enfermos.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se incluyeron los pacientes mayores de 75 años ingresados en nuestro hospital en 2011 con urocultivos positivos para EB-BLEEs. Por cada caso se seleccionaron dos controles con urocultivos positivos para otros microorganismos y se analizaron múltiples variables, utilizándose el test exacto de Fisher bilateral para las variables cualitativas y el test de la U de Mann-Whitney para las cuantitativas. El estudio multivariante se realizó mediante regresión logística. Se determinó la prevalencia de EB-BLEEs, así como la incidencia de infecciones urinarias por dichos patógenos en el mismo grupo de población.

RESULTADOS: en total 28 urocultivos fueron positivos para EB-BLEEs, con una prevalencia de 8, 5% y una incidencia anual de 0, 44%. Los factores de riesgo con significación estadística fueron el tratamiento previo con cefuroxima ($p=0, 03$) y la residencia en institución geriátrica ($p<0, 01$), siendo este último el único factor de riesgo en el estudio multivariante ($p<0, 01$). Aunque no hubo diferencias en mortalidad y estancia media, la presencia de EB-BLEEs se asoció a mayor inadecuación del tratamiento antibiótico empírico ($p<0, 01$).

CONCLUSIONES: las EB-BLEEs son un problema relevante en pacientes ancianos hospitalizados. La residencia en instituciones geriátricas supone un importante factor de riesgo para la presencia de dichos microorganismos, así como el tratamiento antibiótico previo.

INFLUENCIA DEL TRATAMIENTO CON CORTICOIDES SOBRE LA MORTALIDAD EN LA HEPATITIS ALCOHÓLICA AGUDA

Bermúdez Ramos M, Campos Franco J, Otero Antón E, Tomé S, Fernández Somoza JM, Mateo Mosquera L, González Quintela A.

MEDICINA INTERNA. HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE SANTIAGO DE COMPOSTELA.

INTRODUCCIÓN: La hepatitis alcohólica aguda (HAA) grave tiene una alta mortalidad a corto y medio plazo. Para reducir esta mortalidad se han empleado distintos tratamientos en los casos graves. El más utilizado son los corticoides, cuyo beneficio terapéutico es controvertido.

OBJETIVOS: Determinar la influencia del uso de corticoides en la mortalidad de la HAA grave.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se analizaron retrospectivamente 310 episodios de HAA clínica en una cohorte de 240 pacientes ingresados en un periodo de 10 años (1999-2009) en un hospital de tercer nivel. Se seleccionaron episodios graves, como aquellos con un índice MELD (Model for End-stage Liver Disease) al ingreso mayor o igual a 21 puntos (138). De ellos 49 habían recibido tratamiento con corticoides (TC) y 89 no (NTC). Se comparó la mortalidad a 30, 90 y 180 días del grupo TC y NTC. Se analizó la influencia en la mortalidad del desarrollo de infecciones tras el ingreso.

RESULTADOS: La mortalidad en los primeros 30 días tras el ingreso fue similar en el grupo TC y NTC (24, 5% vs 28, 1%; $p=0, 65$), tendiendo a ser mayor en los primeros 90 días (49, 0% vs 38, 2%; $p=0, 22$) o 180 días (53, 1% vs 46, 6%; $p=0, 47$). La frecuencia de infección tras el ingreso fue mayor en los pacientes TC que en los NTC (34, 7% vs 9, 0%; $p<0.001$). Sin embargo la mortalidad a 90 días fue similar en pacientes TC y NTC que desarrollaron una infección con posterioridad al ingreso (64, 7% vs 62, 5%; $p=0, 92$) y ligeramente superior cuando la infección estaba presente en el momento del ingreso (53, 8% vs 44, 4%; $p=0, 05$).

CONCLUSIONES: El tratamiento con corticoides no parece reducir la mortalidad a corto y medio plazo de la HAA grave, que incluso tiende a ser mayor a partir de los 30 días. Este incremento de mortalidad parece deberse más a una mayor frecuencia de infección hospitalaria en los pacientes tratados con corticoides que al aumento de la gravedad de la infección.

MORTALIDAD EN LA HEPATITIS ALCOHÓLICA AGUDA: INFLUENCIA DE LOS EPISODIOS PREVIOS DE HEPATITIS

Bermúdez Ramos M, Otero Antón E, Campos Franco J, Tomé S, Fernández Somoza JM, Martínez Braña L, González Quintela A.

MEDICINA INTERNA. HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE SANTIAGO DE COMPOSTELA.

INTRODUCCIÓN: La hepatitis alcohólica aguda (HAA) es una forma grave de enfermedad hepática por consumo de alcohol, con una alta mortalidad. Se han identificado parámetros pronósticos analíticos y epidemiológicos, pero la influencia del número de episodios previos de HAA en su mortalidad no ha sido estudiada.

OBJETIVOS: Estudiar la influencia en la mortalidad de un episodio de HAA del número de ingresos hospitalarios previos por el mismo motivo.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se revisaron las historias clínicas de 244 pacientes ingresados con un diagnóstico clínico de HAA en el CHUS entre 1999 y 2009. Se analizó la mortalidad de los últimos episodios de cada paciente (que no fuesen continuación de uno reciente). Se evaluó la gravedad de la HAA mediante el cálculo del MELD (Model for End-stage Liver Disease) al ingreso y se recogió la mortalidad a 90 días del mismo. Se revisaron las historias clínicas de los pacientes desde 1994, recogiendo el número de episodios de HAA que había sufrido cada paciente en los 5 años anteriores.

RESULTADOS: La gravedad del episodio medida por el índice MELD aumentó progresivamente con el número de episodios previos de HAA. La mortalidad global a 90 días aumentó progresivamente desde el primer al cuarto episodio (20%, 45%, 57%, 60% respectivamente). Este incremento de mortalidad tendió a ser más progresivo en varones y más abrupto en mujeres a partir del segundo episodio.

CONCLUSIONES: Cada episodio de HAA tiende a ser más grave y con mayor mortalidad que los previos. Este aumento tiende a ser progresivo con el número de episodios en varones y más brusco a partir del segundo episodio en mujeres.

NEUMONÍA POR PNEUMOCISTIS JIROVECI EN PACIENTES INFECTADOS POR EL VIH. A PROPÓSITO DE 300 CASOS

Rodríguez-Osorio I, Isorna MJ, Porto AB, Domínguez T, Meijide H, Castro A, López S, Vázquez P, Pernas B, Poveda E, Mena A, Pedreira JD.

MEDICINA INTERNA. UNIDAD DE VIH-HEPATITIS. CHUAC.

INTRODUCCIÓN: El TARGA en la infección por VIH ha disminuido la incidencia y la de procesos oportunistas. Pese a ello la neumonía por *Pneumocystis jiroveci* (PJP) sigue siendo una causa importante de morbimortalidad.

OBJETIVOS: Analizar las características de los pacientes ingresados por PJP y definir los factores asociados a mortalidad.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio de cohortes retrospectivo que incluye todos los pacientes VIH+ diagnosticados de PJP entre 1993 y 2013 en un hospital de tercer nivel gallego. Se recogieron las variables epidemiológicas, clínicas y de laboratorio, comparándose mediante chi² o t-Student según correspondía.

RESULTADOS: Se incluyen 301 pacientes (14 casos/año, sin diferencias entre años), 76% varones, edad media de 37±10 años; vías de transmisión: 63% UDVP, 23% heterosexual, 11% HSH, 2% parenteral, 1% vertical. La mediana de CD4 fue 41cél/μL (16-84), el 28% tomaba TARGA y el 2% presentaba ARN-VIH indetectable; en 16 casos (5%) el paciente presentaba CD4 >200cél/μL. El 36% se diagnosticó de infección por VIH durante el ingreso por PJP, el resto presenta PJP 6 años (3-12) tras el diagnóstico de VIH. El 28% presentaba otros procesos oportunistas concomitantes. La estancia media fue 17 días (12-28), el 15% ingresa en UCI y la mortalidad (hasta 50 días desde la fecha de ingreso) fue del 11% (sin diferencias en los años de estudio). Los factores asociados a mortalidad: uso activo de drogas (OR 3, 3; IC 1, 5-7, 4; p=0, 003); edad >40 años (OR 5, 2; 2, 4-11, 5; p<0, 001); PAaO₂ >50mmHg (OR 8, 1; 2, 3-27, 9; p=0, 001); Alb <3g/dL (OR 7, 1; 2, 7-18, 6; p<0, 001); Br total >0, 6mg/dL (OR 2, 8; 1, 2-6, 5; p=0, 014); Hb <13g/dL (OR 4, 6; 1, 1-19, 8; p=0, 041); LDH >430U/L (OR 5, 8; 1, 9-17, 3; p=0, 001); Crea >1, 1mg/dL (OR 5, 5; 2, 4-12, 4; p<0, 001).

CONCLUSIONES: La incidencia de PJP continúa siendo alta con importante mortalidad. Conocer los factores predictores de mortalidad permite estratificar los pacientes por riesgo, con la consiguiente mejora asistencial y optimización de recursos.

COMUNICACIONES PÓSTER

¿CÓMO SON LOS PACIENTES QUE ATENDEMOS EN TRAUMATOLOGÍA Y LAS INTERCONSULTAS?. DIFERENCIAS CON LOS ATENDIDOS POR OTROS SERVICIOS

Rubál Bran D; Ventura Valcárcel P; López Reboiro ML.; Codesal Norriella A*; Bal Alvaredo M; Sánchez Pérez-Mel MC; Fernández Rial A; Monte Secades R.

SERVICIO MEDICINA INTERNA. *SERVICIO TRAUMATOLOGÍA. HULA.

INTRODUCCIÓN: Las interconsultas (IC) suponen una importante carga de trabajo, poco reconocido, poco estudiado, organizado de forma irregular en cada servicio de medicina interna y con un progresivo crecimiento de número y complejidad. Esto es más acusado en el servicio de traumatología. Queremos saber cómo son los pacientes ingresados en traumatología, en especial los que son valorados por medicina interna (IC MI) y los que son valorados por otras especialidades (IC Otras). Objetivos Conocer las características de los pacientes ingresados en traumatología de nuestro centro y de las IC y Compararlas las características en función del servicio destinatario de la IC. Metodología Estudio observacional, descriptivo y comparativo entre grupos. Se analizaron los datos de 165 pacientes, de los 637 pacientes ingresados en el servicio de traumatología desde el 01-11-2013 al 31/03/2014. Se recogieron variables sociodemográficas, de comorbilidad, relacionadas con el ingreso, el tratamiento C. O. T, la evolución y las interconsultas. Los datos se analizaron con SPSS 15.0. Análisis descriptivo: media (Ds) o mediana (M;m), frecuencias y porcentajes. ji-cuadrado para el análisis comparativo.

RESULTADOS: Ver tabla 1. Conclusiones Más de la mitad de los pacientes ingresados en traumatología son valorados por otro especialista debido a la edad avanzada y complejidad. Las IC de MI son sobre pacientes de mayor edad y complejidad y necesitan mayor implicación (comanagement) del servicio interconsultado que los atendidos por otras especialidades. Las IC a otros servicios son por procesos agudos, procesos crónicos agudizados (principalmente entre el grupo de 60-80) años y resueltas con una atención "puntual" a diferencia de las IC a MI. La asistencia compartida por MI de los pacientes entre 60-80 años con procesos crónicos podría evitar las IC a otras especialidades por procesos crónicos agudizados (45%). Son necesarios estudios diseñados para tal propósito.

¿PROTEGE LA CIRROSIS DE LA TROMBOSIS?

Vázquez R, Dubois A, Seoane B, Vázquez P, Nicolás R, Ramos V, Penado S, De la Iglesia F.

UNIDAD DE CORTA ESTANCIA MÉDICA, SERVICIO DE MEDICINA INTERNA. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE A CORUÑA.

INTRODUCCIÓN: El paciente cirrótico es una población especial en la que existe un defecto en la síntesis de muchos de los factores que contribuyen a una correcta hemostasia. Es por ello que existe una creencia clásica de que poseen un estado de "autoanticoagulación" que les confiere protección frente a fenómenos como la enfermedad tromboembólica venosa (ETV). Cada vez hay más evidencia científica que rebate esta afirmación pero con todo ello existen muchas controversias en las guías clínicas en cuanto a las recomendaciones de profilaxis y tratamiento de la ETV en esta población de pacientes.

OBJETIVOS Y MÉTODOS: Análisis de la profilaxis previa y manejo terapéutico tras un evento tromboembólico en los pacientes con cirrosis hepática. Para ello realizamos un estudio descriptivo, retrospectivo, que incluyó a todos los pacientes cirróticos con tromboembolismo pulmonar o trombosis venosa profunda ingresados en nuestro hospital en los últimos trece años.

RESULTADOS: En el período comprendido entre el año 2000-2013 se reclutaron un total de 36 pacientes cirróticos con ETV, de los cuales un 19, 5 % eran mujeres. La edad media fue de 65 años (rango 37-87), con un índice de Charlson promedio de 5, 5 y 7, 8 ajustado por edad. La etiología de la cirrosis más prevalente fue la etílica (52, 7%), seguida de la vírica 25%, mixta 16, 6% y desconocida en un 5%, sin ninguna diferencia significativa entre los diferentes estadios Child. En el 66, 6 % de los casos no se evidenciaron descompensaciones de la hepatopatía y en el 38, 8 % el propio fenómeno tromboembólico fue el que motivó el ingreso. Del total de casos, el 77, 7 % no había recibido profilaxis previa al diagnóstico y se decidió anticoagulación en el 83, 3 % de los pacientes optando por heparinas de bajo peso molecular en la mayoría en los casos (70 %). El tiempo medio de anticoagulación fueron 227 días y en el seguimiento se registraron complicaciones hemorrágicas mayores en 6 pacientes (20%) que en ningún caso supusieron un compromiso vital para el enfermo. El 77, 7 % de los pacientes fueron éxitos, teniendo como causas principales las neoplasias (32%) y descompensación de la cirrosis hepática (25 %), con una media de 437 días desde el evento tromboembólico hasta el fallecimiento.

CONCLUSIONES: La coagulopatía existente en el paciente cirrótico no confiere protección frente a la enfermedad tromboembólica, aún así existe una reticencia al uso de profilaxis previa. En la gran mayoría de los casos se opta por el inicio de anticoagulación con heparinas de bajo peso molecular. El porcentaje de complicaciones hemorrágicas, similar al de otras series de casos, es relevante, aunque serían necesarios más estudios y con un mayor tamaño muestral.

ALTERACIONES DE LA FUNCIÓN TIROIDEA ¿INFLUYEN REALMENTE EN EL IMC?

Velo García A, Ríos Prego M, Aníbarro García L, Sánchez Sobrino P.

MEDICINA INTERNA Y SERVICIO DE ENDOCRINOLOGÍA. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE PONTEVEDRA.

Las hormonas tiroideas intervienen en múltiples procesos fisiológicos, por ello que un individuo con disfunción tiroidea puede presentar cambios en el peso y la composición corporal.

OBJETIVO: Determinar los cambios en el peso corporal en pacientes con alteraciones en las pruebas de función tiroidea tras el tratamiento y normalización de las determinaciones hormonales.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo, retrospectivo, observacional de 65 pacientes seguidos en Servicio de Endocrinología del Complejo Hospitalario de Pontevedra por alteraciones de la función tiroidea entre junio de 2012 y junio de 2013.

RESULTADOS: 65 sujetos (53 mujeres y 12 varones), 31 (47, 69%) hipotiroideos y 34 (52, 31%) hipertiroides. Las características se recogen en la tabla 1, existiendo una diferencia estadísticamente significativa en la TSH basal (previa a la disfunción tiroidea) de ambos grupos ($p = 0,01$). El IMC basal fue $27,11 \pm 3,82$ Kg/m², en el momento de la alteración de la función tiroidea $27,02 \pm 4,61$ y tras terapia y normalización de las pruebas de función tiroidea $28,66 \pm 4,62$. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el IMC basal y final ($p = 0,021$). Comparando la variación del IMC (basal-agudo-final) mediante el test de Wilcoxon en el grupo hipertiroides entre el IMC basal y el agudo ($p = 0,002$) y entre el IMC agudo y el final ($p = 0,00$) aunque no entre el IMC basal ($p = 0,068$). El peso basal fue $71,4 \pm 10,95$ Kg y el final $73,28 \pm 10,63$ Kg. La prueba de T-student obtuvo diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,007$) con una ganancia media de $1,88 \pm 3,84$ Kg (IC 95% 0, 54-3, 22). Esta variación en el conjunto de hipotiroideos no obtuvo diferencias estadísticamente significativas ($p = 0$) al igual que en el conjunto de hipertiroides ($p = 0,072$). En los hipotiroideos la diferencia de medias de TSH basal ($1,46 \pm 0,94$ μ U/mL) y final ($2,76 \pm 1,79$ μ U/mL) calculada mediante el test de Wilcoxon fue estadísticamente significativa ($p = 0,006$).

CONCLUSIONES: Se ha observado un aumento estadísticamente significativo en el IMC tras tratamiento y resolución del proceso en los pacientes con alteraciones de la función tiroidea (tanto en hipotiroideos como hipertiroides). Los cambios de peso son de pequeña magnitud, con una media inferior a 2 Kg por lo que no justifican el desarrollo de obesidad.

AMILOIDOSIS RENAL EN PACIENTE CON INMUNODEFICIENCIA COMÚN VARIABLE:

García Alén D, Sánchez Trigo S, Sardina Ferreiro R, Gómez Buela I, Lijó Carballeda C, Bravo Blázquez I, Caínzos Romero T, Arrojo Alonso F.

MEDICINA INTERNA. COMPLEJO HOSPITALARIO DE FERROL.

INTRODUCCIÓN: La amiloidosis es una enfermedad con depósito extracelular de proteínas fibrilares en disposición beta-plegada. Existen dos tipos: la primaria, que se encuentra asociada a discrasias de células plasmáticas, y la secundaria que está en relación con enfermedades crónicas. A continuación se presenta un caso clínico de amiloidosis secundaria en un paciente con inmunodeficiencia común variable (ICV). Caso clínico: Se presenta el caso de un varón de 64 años con diagnóstico de inmunodeficiencia común variable de 10 años de evolución, que presentaba como manifestaciones clínicas: bronquiectasias bilaterales sobreinfectadas por *Pseudomonas aeruginosa* y desnutrición calórico-proteica. Durante el seguimiento en la consulta de medicina interna se objetivó una insuficiencia renal rápidamente progresiva. En la exploración física destacaba una auscultación pulmonar con roncus bilaterales, siendo la auscultación cardiaca normal, así como el resto de la exploración física salvo atrofia de los cuádriceps, secundaria a su desnutrición. Como pruebas diagnósticas se realizaron una ecografía abdominal que resultó normal, una bioquímica donde destacaba una Creatinina $2,9$ mg/dL, Urea 126 mg/dL, MDRD 17 , siendo el resto normal; un hemograma donde se evidenciaba una anemia normocítica normocrómica; una orina de 24 horas con una proteinuria de 828 mg/día, un cociente proteína/creatinina de 791 , un sedimento de orina con $1-5$ leucocitos/campo y $5-10$ hemates/campo y citologías negativas; unas inmunoglobulinas con IgG 532 con IgA e IgM suprimidas; el estudio de autoinmunidad resultó negativo (ANAS, ANCAS, ACAS, Complemento); y las serologías de VHB, VIH, VHC, VEB, CMV también resultaron negativas. Para completar el estudio se decidió realizar una biopsia renal, siendo ésta diagnóstica para amiloidosis secundaria.

DISCUSIÓN: La ICV es una de las inmunodeficiencias primarias más conocidas y la principal causa de hipogammaglobulinemia en personas adultas. La amiloidosis secundaria es una rara complicación de la ICV, siendo más frecuente en pacientes de mediana edad, con predominio en el sexo masculino. Las manifestaciones clínicas de la amiloidosis varía según el órgano afectado, siendo el más frecuente en los pacientes con ICV el riñón. En general, los pacientes en los que la amiloidosis se ha desarrollado secundariamente a la ICV, suelen tener asociada una enfermedad infecciosa grave, bronquiectasias bilaterales, cor pulmonale o tuberculosis, entre otras afectaciones subyacentes. El diagnóstico tardío de la ICV o el inicio tardío del tratamiento con inmunoglobulinas estaría relacionado con el desarrollo de amiloidosis secundaria.

ANÁLISIS DE LOS REINGRESOS EN EL ÁREA MÉDICA DE LUGO

Íñiguez I, Matesanz M, Rubal D, Ventura P, Romay E, Casariego E.

MEDICINA INTERNA. LUCUS AUGUSTI.

INTRODUCCIÓN: Con el paso de los años asistimos al paulatino incremento de los reingresos en los distintos Servicios del Área Médica de adultos de nuestros hospitales. Este hecho está bien sustentado por los datos administrativos de los Centros pero seguimos sin conocer múltiples aspectos médicos de estos pacientes, las razones que los causan y sus posibles soluciones.

OBJETIVO: Determinar la magnitud de este problema, describir su perfil clínico y sus consecuencias. **PACIENTES Y MÉTODOS:** Estudio descriptivo sobre totalidad de ingresos registrados en todos los Servicios del Área Médica del Hospital Universitario Lucus Augusti de Lugo entre 2000 y 2012. En el análisis se utilizaron técnicas habituales de estadística descriptiva. En las comparaciones entre estratos sucesivos de variables categóricas se utilizó el test ji al cuadrado de tendencia y en las comparaciones de variables cualitativas ANOVA. El nivel de significación estadístico fue $p < 0,05$.

RESULTADOS: En el periodo señalado se registraron 139249 ingresos en 62515 pacientes. En el primer ingreso fallecieron 3675 (5.9%). De los 58840 dados de alta, 28648 (48, 7%) reingresaron por segunda vez. De ellos, 26043 fueron dados de alta y 15711 (60, 3%) reingresaron por 3ª vez. De los 14150 dados de alta reingresaron, por 4ª vez, 9466 (66, 7%). De estos, 8446 fueron dados de alta, reingresando, por 5ª vez, 6106 (72, 3%). De estos, 5420 se fueron de alta y reingresaron por 6ª vez 4044 (74, 6%). A medida que se suceden los reingresos, se reduce la estancia media ($11,4$ días vs. $9,9$ días; $p < 0,0001$) y se incrementan tanto las patologías crónicas ($3,1$ vs. $4,99$; $p < 0,001$) como su CIRTS ($9,4$ vs. $12,1$; $p < 0,01$). Aunque, de la misma forma, se incrementan los reingresos para tratamiento, estos solo superan el 10% en el reingreso 6 ($3,2\%$ vs $10,6\%$; $p < 0,001$). La mortalidad (del 5, 9% en el ingreso número 1, se redujo de manera paulatina hasta el 1, 1% en el reingreso 5 ($p < 0,001$). El Servicio de Medicina Interna asume hasta el 32, 8% de los reingresos.

CONCLUSIONES: A medida que se suceden los reingresos, los pacientes tienen mayor número de patologías crónicas, mayor CIRTS y mayor probabilidad de reingresar al mismo tiempo que tanto su estancia en el hospital como su mortalidad se reducen paulatinamente de manera significativa. Esto sugiere que la hospitalización reiterada es una manera inadecuada de tratar a estos pacientes, reduciendo su calidad de vida y exponiéndolos a mayor morbilidad de la precisa.

ANEURISMA DE AORTA TORÁCICA DEBIDO A ENFERMEDAD RELACIONADA CON IGG4. PRIMER CASO DESCRITO EN NUESTRO PAÍS

¹ Velo García A, ¹ García García JC, ² Fachal Bermúdez C, ¹ Brea Aparicio R, ³ Figueroa López RM, ⁴ Durán Muñoz D, ¹ Dieguez Paz J, ¹ Fernández González A, ⁵ Sopeña Pérez-Argüelles B, ¹ Aníbarro García L, ¹ Núñez Fernández MJ

¹SERVICIO MEDICINA INTERNA. ²SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA. ³SERVICIO DE RADIODIAGNÓSTICO.

⁴SERVICIO DE CIRUGÍA CARDÍACA. ⁵SERVICIO DE MEDICINA INTERNA.

¹COMPLEJO HOSPITALARIO DE PONTEVEDRA. ²COMPLEJO HOSPITALARIO DE VIGO. ³COMPLEJO HOSPITALARIO DE PONTEVEDRA. ⁴COMPLEJO HOSPITALARIO DE VIGO. ⁵COMPLEJO HOSPITALARIO DE SANTIAGO.

INTRODUCCIÓN: La enfermedad relacionada con la IgG4 (ER-IgG4) es una nueva entidad patológica con afectación multisistémica, y caracterizada por ser un proceso fibro-inflamatorio con abundantes células plasmáticas IgG4-positivas, acompañado de fibrosis estoriforme y flebitis obliterante. En 2009 se publicaron los primeros tres casos de afectación de la aorta torácica debido a ER-IgG4. Desde entonces, poco más de veinte casos han sido descritos; presentamos un nuevo caso de ER-IgG4 que afecta la aorta torácica.

CASO CLÍNICO: Varón de 64 años estudiado por emisión de sangre en heces, anorexia y adelgazamiento en los últimos dos meses. Presenta antecedentes de insuficiencia mitral, enfermedad de Peyronie, y tuberculosis pleural. En la exploración física, presenta soplo sistólico mitral. En las pruebas destacaba: VSG 60 mm/h; PCR $4,48$ mg/dl; hemoglobina, $11,9$ g/dl; Las inmunoglobulinas eran normales. Los ANAs, el factor reumatoide, la serología de sífilis y VIH, fueron negativos. La biopsia de arteria temporal no mostró anomalías. En la colonoscopia se objetivó un pólipo colónico hiperplásico y hemorroides. La TAC reveló: pleuritis calcificada derecha y aneurisma de aorta ascendente de $58,9$ mm. Es intervenido quirúrgicamente, con reemplazo de la aorta ascendente y recambio de válvula aórtica. El análisis histológico de la aorta mostraba una pared arterial con un intenso infiltrado inflamatorio linfoplasmocítico y fibrosis estoriforme; las venas y algunos vasos arteriales muestran una proliferación endotelial que ocluye la luz. Dentro del infiltrado inflamatorio, predominan las células tipo IgG; el subtipo predominante es de IgG4, siendo el recuento en algunos campos superior a 50 células IgG4-positivas, oscilando la relación IgG4/IgG entre 0, 37 y 0, 40.

DISCUSIÓN. El aneurisma torácico es la manifestación más frecuente de aortitis relacionada con IgG4, afecta a hombres de entre 61 y 76 años de edad y se llega a su diagnóstico como un hallazgo incidental tras la realización de una prueba radiológica. El diagnóstico se basa en la presencia simultánea de: infiltración linfoplasmocítica, fibrosis estoriforme y flebitis obliterante. Los datos inmunohistoquímicos esenciales son: un número de células IgG4 superior a 50 y la relación de células IgG4/IgG, mayor que 0, 4. Después de excluir la sífilis, el diagnóstico diferencial debe realizarse con: la arteritis de células gigantes, enfermedad de Takayasu, vasculitis ANCA positivas, espondilioartritis HLA - B27, artritis reumatoide, lupus eritematoso sistémico, enfermedad de Adamantiades-Beçet y sarcoidosis.

CONCLUSIONES: Presentamos el primer caso diagnosticado en nuestro país de, aneurisma torácico debido a enfermedad relacionada con IgG4, una entidad clínica que se debe considerar en cualquier paciente con aortitis no infecciosa, y sin datos clínicos o analíticos sugestivos de otro proceso inmunológico.

ARTRITIS SÉPTICA FACETARIA: UNA ENTIDAD INFRECUENTE

Álvarez Otero J, Fernández Fernández F, Rodríguez Arias M, Gondar Barcala T, García Pouton N, de la Fuente Aguado J.

MEDICINA INTERNA. HOSPITAL POVISA.

INTRODUCCIÓN: La artritis séptica de la articulación facetaria es una causa infrecuente de dolor lumbar, lo que dificulta el diagnóstico en muchas ocasiones. La principal complicación local es el absceso epidural y el patógeno implicado más habitualmente es el SAMS.

OBJETIVOS: Incidir en la importancia de incluir la artritis séptica facetaria en el diagnóstico diferencial del dolor lumbar para no retrasar el inicio de tratamiento antibiótico y evitar complicaciones.

MATERIAL Y MÉTODOS: Presentamos un caso de artritis séptica facetaria con absceso epidural y paravertebral por *Staphylococcus aureus*.

RESULTADOS: Mujer de 48 años que acudió a nuestro centro por cuadro de 5 días de evolución de dolor lumbar acompañado de fiebre y escalofríos. Se trataba de una paciente deportista, sin antecedentes médicos de interés. En la exploración, presentaba tensión arterial $80/65$ mmHg, temperatura 39 °C y destacaba dolor selectivo a la palpación en musculatura paravertebral lumbar izquierda. Analíticamente presentaba reactantes de fase elevados sin otras alteraciones. Se realizaron hemocultivos en los que se aisló *S. aureus* meticilín sensible. Se solicitó RM lumbar que confirmó artritis séptica facetaria con absceso epidural y paravertebral, por lo que se realizó drenaje por radiología intervencionista aislándose *S. aureus* meticilín sensible. Se realizó ecocardiograma transtorácico y transesofágico sin evidencia de vegetaciones sugestivas de endocarditis. Inicialmente se instauró tratamiento con ceftriaxona y vancomicina, sustituyéndose después por cefazolina y gentamicina durante 7 días. Al alta, se mantuvo tratamiento con cefalexina y levofloxacino hasta completar 4 semanas y se revisó en consultas de Medicina Interna con buena evolución clínica y radiológica.

CONCLUSIÓN: La artritis séptica facetaria es una entidad infrecuente que hay que considerar en pacientes con dolor lumbar y síndrome febril ya que el diagnóstico precoz presenta importantes implicaciones pronósticas.

CALIDAD DE VIDA, INFECCIÓN POR VIH, VHC Y VHB Y TRASTORNOS ADICTIVOS

¹Fernández Rodríguez V; ¹Fernández Sobrino AM; ²López Castro J.

¹UNIDAD ASISTENCIAL DE DROGODEPENDENCIAS DE MONFORTE DE LEMOS; ²SERVICIO DE MEDICINA INTERNA. HOSPITAL COMARCAL DE VALDEORRAS.

INTRODUCCIÓN: La calidad de vida es un concepto que incorpora la percepción del individuo sobre el estado de salud, estilo y satisfacción con la vida, estado mental o bienestar y ayuda a identificar déficits en áreas de funcionamiento, facilitando la identificación de grupos de riesgo y la planificación de medidas preventivas.

OBJETIVO: Determinar la Calidad de Vida y el estrés percibido en pacientes a tratamiento en la Unidad Asistencial de Drogodependencias (UAD) de Monforte de Lemos (Lugo).

MATERIAL Y MÉTODOS: Se selecciona una muestra de 100 usuarios que se encuentran a tratamiento en la UAD por dependencia a distintas sustancias. Se recogen variables sociodemográficas y de estado serológico para las infecciones por VHC, VHB y VIH, y se le aplican los cuestionarios SF-36 de Calidad de Vida y PSS-14 de Estrés Percibido. Se pide consentimiento informado a todos los participantes. Se analiza la muestra con SPSS. Resultados Un 64% de la muestra presenta serología negativa en todos los parámetros estudiados. Del 36% restante 26 paciente están infectados por el VHC y 8 presenta coinfección por VHC/VIH. 1 usuario presenta serología compatible con la infección por VHB y otro individuo por VHB/VHC. Los pacientes con coinfección VHC/VIH obtienen puntuaciones más bajas en el SF-36, y en aquellos que están infectados por el VHC resultan estadísticamente significativos los resultados obtenidos en Función física, Salud General, Vitalidad, Salud Mental y Salud Física General. Los resultados en las puntuaciones de estrés percibido son más altas para aquellos pacientes diagnosticados de alguna patología infecciosa sin que estos lleguen a ser estadísticamente significativos.

CONCLUSIONES: Todos los pacientes infectados por el VIH lo estaban por el VHC. Las puntuaciones del SF36 en sus distintas dimensiones se ven afectadas por la presencia de infecciones como el VIH y VHC. El estrés percibido es más alto en usuarios VIH/VHC + que en aquellos sin patología infecciosa.

CAPILAROSCOPIA EN DERMATOMIOSITIS: DESCRIPCIÓN DE UN CASO CLÍNICO

Cainzos Romero T, Sánchez Trigo S, Sardina Ferreiro R, Gómez Buela I, Lijó Carballeda C, García Alén D, Bravo Blázquez I, Vilariño Maneiro L, Sesma Sánchez P, Suárez Amor OM.

MEDICINA INTERNA. DERMATOLOGÍA. COMPLEXO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO FERROL.

INTRODUCCIÓN: La capilaroscopia periungueal es un método de interés en el diagnóstico y pronóstico de algunas enfermedades sistémicas autoinmunitarias, fundamentalmente aquellas que cursan con fenómeno de Raynaud. Es un método sencillo y no invasivo que permite una ventana a la microcirculación. Su uso está más extendido en la esclerosis sistémica, presentando unos patrones característicos bien definidos. A continuación se presenta un caso de dermatomiositis (DM), en la cual la capilaroscopia puede tener un papel importante.

CASO CLÍNICO: Se presenta el caso de una mujer de 65 años, diagnosticada de DM, con clínica subaguda de meses de evolución, de debilidad en cintura escapular y pelviana, presentando erupción pruriginosa en áreas fotoexpuestas. En la exploración física se objetivaban esiones de aspecto liquenoide en eminencias óseas de manos y dedos (pápulas gottron) sin objetivar pérdida de fuerza por grupos musculares. Se realizaron diversas pruebas complementarias, entre ellas bioquímica completa, hemograma, autoinmunidad, destacando ANAS positivos a título 1: 320 (patrón moteado), siendo los anticuerpos específicos y asociados a DM negativos, así como los enzimas musculares (CK, aldolasa) normales. Se realizó screening de neoplasia negativo. Se solicitó un EMG con leves cambios miopáticos en cintura escapular derecha (deltoides) con datos inflamatorios leves. Se realizó biopsia muscular con resultado compatible con DM y biopsia cutánea de las pápulas de gottron con patrón liquenoide también compatible. Se trató con prednisona a dosis de 1mg/kg día, presentando remisión parcial, por lo que se asoció durante el seguimiento metotrexate alcanzando remisión completa. Durante el seguimiento, a los 4 años de remisión se decidió suspender metotrexate, presentando de nuevo brote con las mismas características que al diagnóstico. En este momento se realizó capilaroscopia, visualizándose megacapilares, discretas áreas avasculares y escasas hemorragias, con áreas de neoangiogenesis mostrando ramificaciones arboriformes de los capilares.

DISCUSIÓN: En los pacientes con DM existe un patrón de capilaroscopia bien definido que asocia similitudes con el patrón de esclerodermia. Hay autores que han demostrado una correlación entre actividad clínica y alteración capilaroscópica, mostrando remisión de las alteraciones capilares tras alcanzar remisión completa mantenida en el tiempo. Se ha descrito igualmente un patrón característico de DM paraneoplásica con importante desestructuración del lecho capilar, que obligaría a realizar screening de neoplasia con mayor frecuencia.

CAPILAROSCOPIA EN ESCLEROSIS SISTÉMICA: ESCLEROSIS SISTÉMICA SINE SCLERODERMA

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

MEDICINA INTERNA. COMPLEXO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO FERROL.

INTRODUCCIÓN: La capilaroscopia periungueal es una técnica de gran valor para estudiar la microcirculación. Tiene un papel muy importante en el diagnóstico de la esclerosis sistémica (ES), en la que se observan anomalías en un 90 % de los pacientes, importantes como apoyo al diagnóstico e información pronóstica. Se presenta un caso clínico de esclerosis sistémica sin esclerodermia, en el que la capilaroscopia facilitó información importante como apoyo al diagnóstico. Caso clínico: Se presenta un caso de un hombre de 71 años, con el diagnóstico de esclerosis sistémica sine esclerodermia. Clínicamente presentaba fenómeno de Raynaud, enfermedad pulmonar intersticial pulmonar (EPID), hipertensión pulmonar grave (HTAP), watermelon stomach y ANAS positivos a título 1: 1280 (patrón anti-NuMA), con ENAS negativos, score índice Rodnan cero en la

exploración física. Se realizó capilaroscopia con presencia frecuente de megacapilares, hemorragias capilares y pérdida capilar leve-moderada correspondiéndose con patrón esclerodermiforme activo de Cutolo, apoyando el diagnóstico de esclerosis sistémica. Se inició anticoagulación oral, corticoides orales y calcio antagonistas, con escasa mejoría clínica. Estando el paciente en clase funcional II de la OMS se decidió inicio de bosentán con gran mejoría clínica de la capacidad funcional.

DISCUSIÓN: El patrón capilaroscópico en la ES tiene una sensibilidad del 85 % y una especificidad del 95 %, sin embargo la presencia de alteraciones capilaroscópicas no son patognomónicas aunque pueden ser muy útiles como ayuda del diagnóstico y pronóstico. En el año 2000 Cutolo y colaboradores redefinieron los patrones capilaroscópicos de esta entidad: precoz, activo y tardío. El patrón precoz se caracteriza por la presencia de dilataciones y megacapilares aislados, escasas hemorragias, sin evidencia de pérdida capilar; en el patrón activo son frecuentes los megacapilares y microhemorragias acompañados de una pérdida moderada de capilares; el patrón tardío se caracteriza por pérdida de capilares importante, y neoangiogenesis con capilares ramificados, con escasos o ningún megacapilar y con pocas o ninguna hemorragia. En el caso de nuestro paciente la capilaroscopia asociada a ANAS positivos, fenómeno de Raynaud, EPID y HTAP apoya el diagnóstico de esclerosis sistémica sine esclerodermia.

CARACTERÍSTICAS DE LA MENINGITIS POR VIRUS VARICELA ZOSTER EN EL ÁREA SANITARIA DE LUGO

Piñeiro Fernández JC, Rubal Bran D, Iñiguez Vázquez I, Ventura Valcarcel P, López Robeiro ML, Romay Lema E, Rabuñal Rey R.

MEDICINA INTERNA. HOSPITAL UNIVERSITARIO LUCUS AUGUSTI.

OBJETIVO: Describir las características clínicas, diagnóstico y tratamiento de la meningitis por VZ en nuestro medio.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio descriptivo de los ingresos por meningitis por VZ en el HULA a lo largo de 5 años. Se estudiaron las siguientes variables: edad, sexo, comorbilidad, características clínicas, pruebas complementarias, tratamiento y evolución. Análisis estadístico con el programa SPSS 17.

RESULTADOS: Se estudiaron 19 pacientes, un 63.2% varones. La edad media fue de 58 años (DS 22.4). No se objetivó un predominio estacional, pero sí un mayor número de casos en Otoño e Invierno. Sólo un paciente (5.3%) tenía comorbilidad y ninguno era inmunodeprimido. Los hallazgos clínicos más habituales fueron la fiebre (68.4%), la cefalea (63.2%) y el meningismo (36.8%). Un 94.7% presentaba lesiones cutáneas compatibles con Herpes Zoster, 52.6% de aparición previa a la clínica neurológica y 36.8% posterior, siendo de predominio torácico (47.4%) y facial (31.6%), con más del 50% localizadas en el hemicuerpo derecho. Todos presentaban pleiocitosis linfocitaria con hiperproteínorraquia en el LCR. Tres pacientes presentaron hipoglucorraquia (18.8%). La PCR en el LCR fue positiva en 8 de 14 casos (42.1% del total). Fue realizado un TC a 16 pacientes (84.5%) y una RMN a 6 (31.6%), todos sin alteraciones. Se diagnosticó al ingreso un 89.5% de los pacientes. El tiempo entre el inicio de la clínica y el tratamiento fue de 6.22 días (DS 1.5). Todos fueron tratados con Aciclovir con una media de 9.21 días (DS 1.7). La complicación y secuela más habitual fue la neuralgia posherpética (21.1%). Ningún paciente requirió ingreso en UCI ni hubo fallecidos.

CONCLUSIONES: la meningitis por VZ es una entidad infrecuente, por lo general de evolución benigna con tratamiento. La presencia de glucosa baja en el LCR no excluye el diagnóstico de meningitis por VZ.

CARCINOMA BASOESCAMOSO METASTÁSICO

Fernández Bouza E, Mella Pérez C, Gómez Buela I, Sardina Ferreiro R, Lijó Carballeda C, García Alén D, Bravo Blázquez I, Sesma Sánchez P.

MEDICINA INTERNA. COMPLEXO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE FERROL.

INTRODUCCIÓN: Los tumores cutáneos malignos no melanomas más frecuentes son los basaliomas. Tienen un comportamiento benigno y excepcionalmente metastatizan. **OBJETIVO:** Se presenta un caso infrecuente de cáncer cutáneo no melanoma metastásico.

MATERIAL Y MÉTODO: Mujer de 67 años con lumbalgia inflamatoria de semanas de evolución sin otros síntomas por aparatos. En la exploración destaca únicamente una lesión en cuero cabelludo exofítica de 3 cm de diámetro, ulcerada. La radiografía lumbar muestra lesiones óseas líticas en L2 y L5. El hemograma, la función hepática, renal, iones, proteinograma e inmunoglobulinas, proteinuria de Bence Jones, marcadores tumorales y mamografía son normales. La TAC tóraco-abdomino-pélvica no muestra lesiones viscerales ni adenomegalias. En RNM hay lesiones destructivas en cuerpos vertebrales L2, L5 y sacro. La gammagrafía ósea muestra acúmulos de trazador en L1-L2 y L5. Se practicó biopsia ósea vertebral percutánea, sin displasia, neoplasia ni metastásis, ni bacilos ácido-alcohol resistente o granulomas, compatible con fractura ósea. Se realizó biopsia cutánea con diagnóstico de carcinoma basoescamoso. Se realiza PET -TAC, con focos de captación en esternón, clavícula derecha, costillas, escápula derecha, columna dorso lumbar, sacro, sacroilíacas e iliacos compatibles con metastásis, con captación en lesión de cuero cabelludo, sin otros focos tumorales. En TAC de cabeza y cuello no se identifica invasión ósea de la lesión cutánea ni adenopatías patológicas. Se reseca la lesión en cuero cabelludo, con diagnóstico de carcinoma basoescamoso infiltrante con bordes libres. Se concluye que la enferma sufre metastásis óseas secundarias a carcinoma basoescamoso.

DISCUSIÓN: El carcinoma basocelular constituye el 80% de los tumores cutáneos no melanomas; excepcionalmente metastatiza (0.1%). Dentro de ellos está el carcinoma basoescamoso, mucho menos frecuente (1, 5 a 2, 7% de los cánceres de piel), que reúne características de carcinoma basocelular y espinocelular, con un comportamiento mucho más agresivo. Predomina en los varones y la localización más frecuente es en cabeza y cuello (80%). Tiene mayor incidencia de metastásis (entre un 5% -7%). El tamaño mayor de 10cm2 de superficie es un factor de riesgo para desarrollarla. Suelen afectar a ganglios, pulmón, hueso, piel e hígado. El pronóstico de la enfermedad metastásica es malo con una media de supervivencia de 10 meses.

CARGA ASISTENCIAL EN PLANTA (RELATIVA/ABSOLUTA)

López Mourinho VM; Alvarez Asensio E; Monteagudo Sánchez B; Martínez Velado E; Boado Martínez M; Otero Alvarín E; Fariña Sarasqueta S; Edesio Fervida J.

MEDICINA INTERNA. HOSPITAL COMARCAL DE MONFORTE DE LEMOS.

INTRODUCCIÓN: Intentamos demostrar los cambios que se producen desde el año 2006 en la carga asistencial referida al nº de ingresos procedentes de Urgencias.

OBJETIVOS: Pretendemos demostrar como en la Sección de Medicina Interna se ha producido un aumento progresivo del número de ingresos, que no se observa en otras especialidades.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se contabilizan el nº de ingresos desde el año 2006 y hasta el 2013 ambos inclusive, procedentes de Urgencias (se excluyen ingresos programados o de consulta), tanto de la sección de Medicina Interna, como en el resto de Especialidades. También se determinan el nº de facultativos en cada Sección.

RESULTADOS: ver tabla.

CONCLUSIONES: ha habido un aumento progresivo del nº de ingresos hasta casi duplicarse 565 año 2006, 1134 año 2012 - por el contrario el número de facultativos ha disminuido - cabría preguntarse si son suficientes los facultativos actuales para atender adecuadamente el incremento de la carga asistencial.

COMORBILIDAD EN PACIENTES CON AISLAMIENTO DE ASPERGILLUS EN MUESTRA RESPIRATORIA

Rodríguez-Fernández S¹, Molinos-Castro S¹, Pesqueira-Fontán PM¹, Balo-Araujo S¹, Gayol-Fernández MC², Rodríguez-Framil M¹, Padín Paz EM¹, García-Suárez F³, Naveiro-Soneira J⁴, Varela García PM¹, Díaz-Peromingo JA⁵, Pérez del Molino ML⁴, Rial Rama MP², Iglesias Gallego M¹.

¹SERVICIO DE MEDICINA INTERNA, HOSPITAL BARBANZA (A CORUÑA). ²SERVICIO DE RADIOLOGÍA, HOSPITAL BARBANZA (A CORUÑA). ³SERVICIO DE MEDICINA INTERNA, C. H. U. DE SANTIAGO DE COMPOSTELA (A CORUÑA). ⁴SERVICIO DE MICROBIOLOGÍA, C. H. U. DE SANTIAGO DE COMPOSTELA (A CORUÑA). HOSPITAL BARBANZA, CHUS.

INTRODUCCIÓN: En los últimos años, se ha observado un aumento de infecciones por Aspergillus en pacientes sin inmunodepresión severa: neumonías crónicas con corticoides, neoplasias, hospitalizaciones prolongadas ó estancias en UCI.

OBJETIVOS: Conocer comorbilidades de pacientes con aislamiento de Aspergillus sp. y cuáles se asocian a presencia de enfermedad frente a colonización.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio de cohortes retrospectivo en pacientes con Aspergillus sp en muestra respiratoria en nuestro centro (1 de Enero de 2007 y 31 de Diciembre de 2012). Se clasificaron en dos categorías (enfermedad/colonización) según criterios clínicos, microbiológicos y radiológicos. Se recogieron variables relacionadas con comorbilidad y se realizó un análisis univariante aplicando test estadísticos paramétricos y no paramétrico, y análisis de regresión logística binaria (SPSS v.18).

RESULTADOS: Un total de 122 pacientes (56 colonizados y 66 con aspergilosis pulmonar). Edad avanzada (media 75+9 años), Charlson 2.6+2 y Charlson ajustado a edad 6.1+2.3. La mayoría presentaban neumonía (n 112, 91, 8%) ó alteración estructural pulmonar previa (n 94, 77%), siendo las más frecuentes las bronquiectasias. EPOC 53% (n 65), la mayoría estadio III-IV (n 37, 56.9%) y fenotipo D (n 23, 35%). Un tercio (33%) tenían insuficiencia respiratoria crónica con O2 domiciliario. Mayor riesgo de enfermedad pulmonar por Aspergillus: presencia de neumonía (OR 5.33, p 0.043), alt. estructural previa (OR 4.02, p 0.002), estadio II-IV EPOC (OR 5.70, p 0.001) y O2 domiciliario (OR 10.18, p<0.001). En el análisis multivariante mantienen significación estadística: alt. estructural previa (OR 5.22, p 0.015) y necesidad de O2 domiciliario (OR 10.96, p 0.001).

CONCLUSIONES: La población en la que se aísla Aspergillus sp. presenta neumonía crónica. La alteración pulmonar estructural previa y la utilización de oxigenoterapia domiciliaria son factores relacionados con enfermedad pulmonar por Aspergillus.

CONSULTA DE CRÓNICOS: RESULTADOS DE UN PROGRAMA PILOTO DE MEJORA

Sánchez Trigo S, Cainzos Romero T, Vilariño Maneiro L, Sardina Ferreiro R, Gómez Buela I, Lijó Carballeda C, García Alén D, Bravo Blázquez I, Gómez Gíjrey A.

UNIDADE DE CRÓNICOS. SERVICIO DE MEDICINA INTERNA. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE FERROL.

OBJETIVO: Valorar el impacto de un programa de mejora en la calidad asistencial y el consumo de recursos.

INTRODUCCIÓN: Los pacientes crónicos pluripatológicos consumen cuantiosos recursos sanitarios. Para mejorar la eficiencia de su atención en un hospital de Área se introdujo un programa de mejora basado en un dispositivo asistencial, que incluía una consulta específica, una sala de tratamiento de día y un sistema normalizado de consulta telefónica.

MATERIAL Y MÉTODO: Se han revisado las historias clínicas electrónicas de todos los pacientes que han pasado al menos una vez por la consulta externa de Crónicos, entre el 1 de mayo de 2013 y el 31 de octubre. Se valoró en cada caso tanto las categorías diagnósticas (utilizando la clasificación de Ollero), como el número de consultas y hospitalizaciones en un período de 6 meses antes y después de la fecha de inclusión en el programa.

RESULTADOS: Se incluyeron 211 pacientes, 113 (53.55%) fueron mujeres. La edad media fue de 80.61 años. La clasificación de pacientes pluripatológicos por categorías, identificó una media de 2, 15 categorías por paciente paciente, siendo la más frecuente fue la A (CC en Clase funcional II o más; Cardiopatía isquémica): 147 (69.66%), seguida de la B (ERC, Vasculitis o enfermedades sistémicas) 77 (36.49%), la C (enfermedad respiratoria crónica): 65 (30.8%), la E (enfermedad neurológica/deterioro cognitivo): 52 (24.64%), la G (anemia crónica): 38 (18%), la F (arteriopatía periférica y DM con retinopatía o neuropatía) 35 (16.58%), la H (enfermedad osteoarticular crónica): 30 (14.21%) y la D (enfermedad inflamatoria intestinal y hepatopatía crónica): 9 (4.26%). El número de consultas en área médica previas a la consulta índice (Crónicos - MI) fue de 270 y tras 6 meses el número de consultas activas era de 181, lo que supone un descenso absoluto de 89 consultas (52 de Cardiología,

18 de Neumología, 5 de Endocrinología, 5 de Nefrología, 4 de Reumatología, 3 de Digestivo, 1 de Hematología y 1 de Neurología). El número de ingresos en los 6 meses previos a la primera visita fue de 149, frente a los 53 posteriores, lo que supuso un descenso absoluto de 96 ingresos. Con respecto a las asistencias en urgencias, la reducción fue de 119 asistencias en urgencias (185 en los 6 meses previos frente a 66 posteriores).

CONCLUSIÓN: Los resultados obtenidos, aunque preliminares, sugieren que la implantación de la unidad incide favorablemente en el reducción del consumo de recursos en estos pacientes.

CONTROL DE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON INFECCIÓN POR VIH Y CARDIOPATÍA ISQUÉMICA

Mateo-Mosquera LM, Martínez-Braña L, Bermúdez-Ramos M, Losada E, Antela A.

UNIDAD DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS. MEDICINA INTERNA. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE SANTIAGO DE COMPOSTELA (CHUS).

INTRODUCCIÓN: Desde que en 1996 se introdujo el tratamiento antirretrovírico de gran actividad la mortalidad y la morbilidad de la población infectada por VIH descendió de forma dramática por lo que en los últimos años ha ganado importancia la morbimortalidad cardiovascular. Se ha demostrado que globalmente los pacientes con infección por VIH tienen mayor riesgo de tener enfermedad cardiovascular y el propio VIH se contempla como un factor de riesgo cardiovascular independiente.

OBJETIVOS: Conocer la prevalencia de los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) en pacientes con infección por VIH y cardiopatía isquémica antes y tras el evento isquémico.

MÉTODOS: Del total de pacientes con infección por VIH seguidos en la Unidad de infecciosas del CHUS, se evaluaron los pacientes que habían sufrido un evento isquémico cardiovascular y se compararon sus características clínicas en el momento del evento y en la actualidad (> 3 meses).

RESULTADOS: De los 735 pacientes seguidos en la Unidad de Enfermedades Infecciosas con infección por VIH 13 pacientes fueron diagnosticados de IAM (2%). La mediana de edad fue de 53 años (DT 7) y todos ellos eran varones. En la tabla adjunta se resume la comparación de los FRCV.

CONCLUSIÓN: Tras un evento isquémico coronario mejora el control de FRCV en los pacientes con infección por VIH y cardiopatía isquémica seguidos en nuestra Unidad, pero aún así solo el 38.5 % cumplen objetivos lipídicos (C-LDL) y un 70% objetivos de TA.

CUANDO LOS HEMOCULTIVOS SON NEGATIVOS

Porto Pérez AB, Piñeiro Parga P, Sousa Regueiro D, Mosquera Martínez I.

MEDICINA INTERNA Y CIRUGÍA VASCULAR. COMPLEJO HOSPITALARIO DE A CORUÑA.

INTRODUCCIÓN: Presentamos un caso de un paciente varón sextagenario con un aneurisma de aorta abdominal infectado por *Coxiella burnetii* OBJETIVO. Resaltar que la identificación rápida y precisa del agente etiológico es fundamental para poder iniciar un tratamiento antibiótico dirigido y disminuir las tasas de mortalidad, pero que el flujo de trabajo convencional puede tomar hasta varios días. Además, microorganismos exigentes y de crecimiento lento, así como muestras obtenidas tras inicio de antibioterapia pueden conducirnos a falsos negativos.

MÉTODO: Varón 62 años, hipertenso, dislipémico y exfumador en seguimiento por Cirugía por una historia de larga evolución de claudicación intermitente y aneurisma de aorta abdominal infrarrenal; que ingresa de forma programada emergente desde las consultas de Cirugía Vasculosa tras la realización de tomografía axial computerizada (TAC) abdominal de control, que puso de manifiesto colecciones periaórticas sugestivas de proceso inflamatorio ó infeccioso. Previo al ingreso, el paciente había presentado dolores abdominales inespecíficos con aumento de parámetros inflamatorios en analítica pero sin presentación de fiebre ni ninguna otra clínica relevante. Se interviene de forma programada realizándose laparotomía exploradora, donde se objetiva la presencia de varias colecciones periaórticas. Por lo que se procede a limpieza quirúrgica, obteniéndose drenaje de las colecciones para la toma de cultivos intraoperatorios; siendo los resultados microbiológicos obtenidos en el acto quirúrgico y los cultivos posteriormente procesados negativos obteniéndose IgG en fase I positivos para *Coxiella burnetii* y reacción en cadena de polimerasa (PCR) positiva para el mismo agente en las muestras intraoperatorias. Se inicia tratamiento con doxiciclina y levofloxacino mejorando clínica y analíticamente, siendo dado de alta y acualmente a seguimiento en consultas.

CONCLUSIÓN: Considerar la amplia gama de agentes atípicos cuando los cultivos obtenidos son negativos - Necesidad de desarrollo de técnicas moleculares para diagnósticos microbiológicos más rápidos y certeros.

DABIGATRÁN: EVENTOS ISQUÉMICOS EN LA PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL

Álvarez Otero J, Araújo Fernández S, González González L, Puerta Louro R, Lamas Ferreiro JL, de la Fuente Aguado J.

MEDICINA INTERNA. HOSPITAL POVISA.

INTRODUCCIÓN: Dabigatrán es un fármaco anticoagulante inhibidor directo de la trombina.

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

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo y retrospectivo en el que se seleccionaron pacientes que iniciaron tratamiento anticoagulante con dabigatrán entre los meses de noviembre de 2011 y septiembre de 2012. El tiempo de seguimiento fue hasta febrero de 2014. Se recogieron las siguientes variables: edad; sexo; comorbilidades: hipertensión arterial, insuficiencia cardiaca, diabetes mellitus, insuficiencia renal e ictus previo. Se analizaron los eventos isquémicos de origen cerebral, cardíaco y periférico.

RESULTADOS: Se incluyeron 316 pacientes (53, 5% hombres) con media de edad de 76, 46 años. Entre los antecedentes personales se observó que el más frecuente fue HTA en el 80, 8%, seguido de Diabetes Mellitus (19, 2%), ictus isquémico (13, 3%), ICC (10, 8%) e insuficiencia renal (1, 9%). Dos pacientes presentaron ictus isquémico: 1 amaurosis fugax y otro un ictus de ACM izquierda. Ocho (2, 53%) pacientes (1, 26/100-pacientes-año) tuvieron un evento adverso isquémico, de origen cardíaco

en 5 (1, 58%, 0, 79/100-pacientes-año) pacientes y periférico en 3 (0, 94%, 0, 47/100-pacientes año). Todos los pacientes que presentaron isquemia cardíaca fue en forma de SCAEST, ninguno de ellos estaba con tratamiento antiagregante previo. En 2 pacientes el tratamiento fue con stent, 1 revascularización quirúrgica y en los otros 2 se administró sólo tratamiento médico. Cuatro de los pacientes mantuvieron anticoagulación y antiagregación de forma permanente y en uno se suspendió la antiagregación.

CONCLUSIONES: Dabigatrán en la práctica clínica habitual es eficaz en la prevención de ictus y presenta un perfil de seguridad respecto a la aparición de eventos isquémicos no cerebrales similar al reportado en los ensayos clínicos.

DAÑO HEPÁTICO INDUCIDO POR FÁRMACOS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS

Gondar Barcala T, Álvarez Otero J, García Poutón N, Fernández Fernández FJ, Puerta Louro R, De la Fuente Aguado J.

MEDICINA INTERNA. POVISA S. A.

INTRODUCCIÓN: El daño hepático inducido por drogas (DHD) representa un problema sanitario creciente debido a la introducción de nuevos agentes en el mercado, el aumento de la esperanza de vida, la polifarmacia y el incremento de uso de productos de herboristería.

OBJETIVOS: Identificar a los pacientes con DHD sintomático y los fármacos implicados. Analizar el tipo de hepatitis, gravedad de la misma e incidencia de cronificación del daño hepático.

MÉTODOS: Realizamos un análisis retrospectivo de los pacientes ingresados en nuestro centro desde el 01/01/2009 hasta el 31/12/2013 entre cuyos diagnósticos se incluía probable hepatitis tóxica por efecto adverso a medicamentos. Recogimos variables demográficas, de laboratorio y clínicas.

RESULTADOS: Presentaron DHD sintomático 41 pacientes, con una incidencia anual de 0, 15%. La edad media fue 63 años. El 34% estaban polimedicaos y el 39% consumía alcohol. El 15% presentaba elevación persistente de las enzimas hepáticas previamente y el 17% tenía esteatosis hepática. El 71% tenía una comorbilidad asociada: 19% neoplasia activa, 19% obesidad, 12% tratamiento quimioterápico o inmunosupresor, 12% DM y 7% tuberculosis pulmonar. Un paciente presentaba hepatitis crónica por VHC, 2 pacientes eran portadores asintomáticos del VHB y 3 pacientes tenían infección por VIH con carga viral negativa. Los síntomas más frecuentes fueron: astenia 39%, ictericia 34%, anorexia 32%, dispepsia 32%, coluria 29%, dolor abdominal 27%, náuseas 24% y vómitos 17%. Los fármacos implicados fueron antimicrobianos en un 50% (amoxicilina-clavulánico: 22%, isoniazida 10%, ceftazidima: 7%, ciprofloxacino 5%), antineoplásicos en un 10%, neurolépticos en el 7%, e inmunosupresores, AINES y paracetamol en el 5%. Existió concomitancia farmacológica en el 78% al haber introducido 2 o más principios activos simultáneamente, y en el 24% con tóxicos (15% alcohol, 7% productos de herboristería). La latencia media desde el inicio del tratamiento hasta la aparición de síntomas fue de 10 días. El patrón de daño hepático fue citotóxico en el 51%, colestásico en el 17%, mixto en el 22% y en el 10% no se pudo precisar. En 8 pacientes las enzimas hepáticas permanecieron elevadas a los 6 meses tras el alta; de ellos el 50% tenía la función hepática alterada previamente y en el 29% no se pudo precisar por tiempo de seguimiento insuficiente. La fue grave en 4 pacientes; la isoniazida representó el fármaco implicado en 3 de ellos y el ibuprofeno en 1. Registramos un único caso de hepatitis fulminante, también causada por isoniazida. Ningún paciente precisó trasplante hepático.

CONCLUSIONES: El DHD sintomático es causa infrecuente de ingreso en nuestro hospital. Probablemente el DHD está infradiagnosticado, ya que en muchos casos no produce síntomas. Debe tenerse en cuenta fundamentalmente en pacientes con comorbilidad y polifarmacia. Los agentes causales principales son los antimicrobianos: amoxicilina-clavulánico e isoniazida como los más frecuentes.

DERRAME PLEURAL SEROHEMÁTICO POR SCHWANNOMA PLEURAL BENIGNO GIGANTE

Bravo Blázquez I, Sardiña Ferreiro R, Gómez Buela I, Lijó Carballeda C, García Alén D, Sánchez Trigo Sabela, Cainzos Romero T, Vilariño Maneiro L, Álvarez Díaz H, Pérez Valcárcel J.

MEDICINA INTERNA. COMPLEXO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE FERROL.

INTRODUCCIÓN: Descripción de un caso de schwannoma pleural benigno gigante que se presentó como derrame pleural masivo y serohemático.

CASO CLÍNICO: Varón de 47 años, arquitecto, sin antecedentes de interés, que acudió a urgencias por cuadro de 2 meses de evolución consistente en disnea progresiva, sensación opresiva en hemitórax derecho y febrícula vespertina; no refería pérdida ponderal, anorexia, tos, expectoración o la existencia de convivientes con clínica similar. En la exploración física destacaba una marcada hipoventilación con disminución de la transmisión de vibraciones vocales a nivel de los dos tercios inferiores del hemitórax derecho. Se solicitaron hemograma, bioquímica y coagulación urgentes, que resultaron normales, así como una radiografía de tórax, en la que se objetivó derrame pleural en las tres cuartas partes basales del hemitórax derecho. Ante dicho hallazgo, se realizó toracocentesis diagnóstico- evacuadora, de la que se obtuvieron 660cc de líquido serohemático con perfil compatible con exudado, celularidad baja con predominio MN, sin consumo de glucosa, pH y ADA normales y citología sin datos de malignidad. Fue ingresado en la Unidad de Enfermedades Infecciosas con el diagnóstico de sospecha de pleuritis tuberculosa. Se solicitaron Mantoux (induración 0mm a las 72h) y TC torácica. En esta última se evidenció masa tumoral de 12x14x16cm, de base pleural, situada en la región posterior del hemitórax derecho, redondeada, bien delimitada, isotonuada en su mayor parte, que captaba contraste de manera heterogénea y que no infiltraba estructuras adyacentes; además se objetivó un derrame pleural cuantioso y una atelectasia basal del pulmón derecho. Se realizó biopsia percutánea guiada por TC de la masa, siendo el resultado de la Anatomía Patológica compatible con proliferación mesenquimal benigna. El paciente fue remitido al servicio de Cirugía Torácica para la realización de toracotomía derecha. El diagnóstico patológico definitivo de la pieza quirúrgica fue de schwannoma pleural.

DISCUSIÓN: Los schwannomas constituyen un subgrupo excepcional dentro de las tumoraciones pleurales. Son tumores originados de fibras nerviosas autonómicas existentes en la superficie pleural

del pulmón. Usualmente aparecen en varones de entre 30 y 50 años, presentan un crecimiento lento y son asintomáticos. Característicamente, en la TC torácica, se comportan como tumores bien definidos, ovoides o redondeados, iso o hipoatenuados, que captan contraste de manera heterogénea. A pesar de que aproximadamente la mitad de los tumores pleurales primarios presentan características de malignidad en la Anatomía Patológica, el riesgo de malignización de los schwannomas pleurales, es mínimo (1-5%); por ello ante un tumor pleural con las citadas características, es importante incluir a la nombrada entidad dentro del diagnóstico diferencial del mismo, ya que su único tratamiento consiste en la exéresis quirúrgica del tumor.

DIABETES Y DISLIPEMIA EN NUESTRA CONSULTA

López Mourinho VM, Otero Alvarín E, Monteagudo Sánchez B, Martínez Velado E, Boado Martínez M, Alvarez Asensio E, Fariña Sarasqueta S, Edesio Firvida J.

MEDICINA INTERNA. HOSPITAL COMARCAL MONFORTE DE LEMOS.

INTRODUCCIÓN: se trata de un estudio transversal sobre la hipercolesterolemia en nuestras consultas.

OBJETIVOS: Analizar la situación real sobre la situación del manejo de la hipercolesterolemia en consultas externas.

MATERIAL Y MÉTODOS: -se coge una muestra de los 100 primeros paciente diabéticos de nuestras consultas externas, citados a partir del uno de enero de 2013, recogiendo los siguientes items - 1) se asigna a cada uno un nº (del 1 al 100), -2) cifra colesterol total -3) cifra colesterol HDL -4) cifra colesterol LDL -5) estatinas (sí/no) al entrar en consulta - 6) tipo de estatina -7) ezetimibe sí/no -8) se cumple objetivo (LDL <100 según guías ADA 2013) -9) se realiza cambio de tratamiento en consulta (sí/no) -10) cambios de tratamiento +a) inicio de estatina +b) cambio de estatina +c) aumento de dosis de estatina +d) asociar ezetimibe.

RESULTADOS: - de 100 pacientes diabéticos 64 % cumplían niveles LDL objetivos - de esos 64 p, 46 recibían tto, y 18 no - 36 % pacientes no cumplían objetivo - de esos 36 p 12 recibían tratamiento y se cambio en 8, 4 permanecieron con el mismo - de los 36 pacientes 24 no recibían tto, en 6 se inició, 24 continuaron sin él - 57 pacientes recibían Estatinas - 20 Atorvastatina -8 pravastatina - 9 rosuvastatina -2 pitavastatina -2 fluvastatina -16 simvastatina - 13 p recibían Ezetrol (11 con estatina y 2 en monoterapia) -14 p salieron con un tto distinto de consulta: 8 (inicio de est.), 2 cambio de est, 2 aumento de dosis de est, 2 asociación de ezetrol.

CONCLUSIONES: - más de 1/3 (36 %)de los pacientes diabéticos de nuestras consultas no cumplen objetivos LDL-c - de los p. que cumplen objetivos ¾ (46/64) partes reciben tto - de los p que no cumplen objetivos solo 1/3 reciben tto (12/36) - las estatinas más utilizadas son Atorvastatina 20 % y simvastatina 16 % - 13 % de los pacientes tomaban ezetimibe (de ellos 2 % en monoterapia) - el cambio más frecuente fue el inicio de estatina 8 %.

DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO EN UN CASO DE ESPONDILODISCITIS

Lorenzo Castro R; Villaverde Álvarez, Iria; Val N; Baroja AL; Sousa Domínguez A; Gómez Sousa JM; Soto Peleteiro A; Pérez Rodríguez MT; Argibay Filgueira AB; Nódar Germiñas A; Rivera Gallego A.

MEDICINA INTERNA. HOSPITAL XERAL DE VIGO.

INTRODUCCIÓN: La espondilodiscitis es una entidad con una incidencia en aumento debido a una mayor predisposición de la población y también a un mayor diagnóstico por la mejora de las técnicas de imagen. La obtención de muestra para el aislamiento microbiológico es fundamental para la elección del antibiótico adecuado. En los casos en que no se conoce el microorganismo (hasta un 14%) no existe actualmente en la literatura un algoritmo claro a seguir.

OBJETIVOS: Presentación de un caso de espondilodiscitis y abordaje para obtención de aislamiento microbiológico.

MÉTODOS: Presentación de un caso.

RESULTADOS: Varón de 43 años que acudió por lumbalgia progresiva desde hacía 8 meses, de características mecánicas. Entre los antecedentes destacar el ser fumador y consumidor activo de cocaína inhalada, VIH positivo no progresor (carga viral indetectable y CD4 de 518/mm³). Se le había realizado una nefrectomía izquierda, hepatectomía parcial y resección parcial de colon tras accidente de tráfico. En la anamnesis negaba fiebre y síndrome constitucional. No refería traumatismo. No presentaba alteraciones en la exploración neurológica. En la analítica presentaba PCR 25 mg/l y VSG 71 mm/h, sin leucocitosis, ni anemia. Hemocultivos y las serologías para Brucella, Coxiella y Bartonella fueron negativos. La RM lumbar mostró datos altamente sugestivos de espondilodiscitis L3-L4 con destrucción ósea. Ante estabilidad del paciente no se inició tratamiento antibiótico. Se realizaron dos punciones percutáneas con biopsia ósea sin obtenerse aislamiento microbiológico (cultivo ordinario, hongos, mycobacterias y PCR para M. tuberculosis). Ante la progresión de la lesión radiológica se realizó biopsia abierta obteniéndose crecimiento de Staphylococcus lugdunensis.

CONCLUSIÓN: Para un correcto manejo de las espondilodiscitis se ha de intentar siempre realizar un diagnóstico etiológico. Si tras dos punciones percutáneas no se obtiene resultado, la biopsia abierta puede ser útil.

DIARREA POR CLOSTRIDIUM DIFFICILE Y AEROMONAS HYDROPHILA EN UNA PACIENTE INMUNODEPRIMIDA

Soto Peleteiro A, Pérez-Rodríguez MT, Martínez-Lamas L, Gómez JM, Val N, Baroja A, Lorenzo R, Alonso M, Argibay A, Nodar A, Rivera A.

UNIDAD DE PATOLOGÍA INFECCIOSA. SERVICIO DE MEDICINA INTERNA. SERVICIO DE MICROBIOLOGÍA. HOSPITAL XERAL-CIÉS. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE VIGO. HOSPITAL XERAL-CIÉS. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE VIGO.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: Aeromonas es un bacilo gramnegativo, cuyo hábitat habitual es el medio ambiente. Las especies que ocasionan más del 85% de las infecciones son A. hydrophila, A. caviae y A. veronii biotipo sobria. El cuadro clínico más frecuente es la gastroenteritis aguda. El objetivo es presentar un caso clínico de diarrea por Aeromonas y C. difficile.

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

RESULTADOS: Mujer de 80 años, con valvulopatía mitral y leucemia linfática crónica B no tratada. Los meses previos había recibido múltiples antibióticos por infecciones urinarias y respiratorias. Acudió por febrícula y diarrea acuosa de 6 semanas de evolución asociada a pérdida de peso. En la exploración física destacaba deshidratación mucocutánea, soplo sistólico mitral, crepitanes secos bibasales, edemas con fovea hasta rodillas y abdomen anodino. La analítica presentaba: leucocitos 94.180/ul, neutrófilos 8.730/ul, linfocitos 82.830/ul, anemia normocítica hipocrómica, PCR 300 mg/L y VSG 51 mm/h. Urocultivo y hemocultivos fueron negativos. Toxina C. difficile en heces fue positiva iniciándose tratamiento con vancomicina vía oral, con persistencia de febrícula y diarrea. TC abdominal visualizó engrosamiento de todo el marco cólico. Posteriormente se aisló A. hydrophila en el coprocultivo, por lo que se trató con ceftriaxona, con evolución clínica favorable. La paciente fue dada de alta con normalización del ritmo intestinal y de los reactantes de fase. En la revisión de la literatura hay pocos casos descritos de coinfección de C. difficile y otros patógenos (CMV, norovirus y Giardia lamblia) y no se ha encontrado ningún caso de coinfección con Aeromonas.

CONCLUSIÓN: En pacientes con diarrea por C. difficile y mala respuesta al tratamiento se debería descartar coinfección por otro microorganismo, especialmente si presentan alguna inmunodepresión.

DIPLEJIA FACIAL DE INSTAURACIÓN AGUDA

Lamas Ferreiro JL¹, González González L¹, Crillo I², Álvarez J¹ Sanjurjo A¹, Pato A², de la Fuente Aguado J.

¹MEDICINA INTERNA, ²MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA, ³NEUROLOGÍA. POVISA, VIGO (PONTEVEDRA).

INTRODUCCIÓN: La parálisis facial periférica bilateral simultánea presenta una incidencia anual estimada de 1/5000000. La causa más frecuente es la parálisis de Bell. Otra etiología a destacar es el Síndrome de Guillain Barré, existiendo una variante de este cuadro que cursa prominentemente con diplejía facial asociada a parestesias e hiporreflexia sin pérdida de fuerza en extremidades. Se han descrito otras múltiples causas, como la enfermedad de Lyme, la sarcoidosis, etc.

OBJETIVOS: mejorar el conocimiento de la parálisis facial periférica de presentación simultánea aportando un nuevo caso clínico a los ya descritos en la literatura médica.

MATERIAL Y MÉTODOS: Presentamos un caso de parálisis facial periférica bilateral de instauración aguda en el que no se pudo establecer una etiología específica, por lo que se realizó el diagnóstico de parálisis facial idiopática bilateral.

RESULTADOS: paciente de 69 años con disartria y dificultad para la ingesta de alimentos con babeo de 24 horas de evolución, sin disfagia. Como antecedentes presentaba hipertensión arterial, dislipemia y temblor esencial. En la exploración destacaba una tensión arterial sistólica de 185 mmHg y la presencia de una diplejía facial completa. El resto de la exploración era normal. Se realizó hemograma, bioquímica completa, coagulación, ANA, ANCA, ECA, proteinograma, ECG y radiografía de tórax que fueron normales. Las serologías para borrelia, brucella, herpes virus, VIH, VHB, VHC y sífilis fueron negativas (solo IgG positiva para virus de Epstein-Barr). El análisis de LCR mostró unas proteínas de 49,9 mg/dL, sin otras alteraciones, siendo el cultivo y la PCR para herpes virus negativos. Se realizó una RNM cerebral y de oído interno, con signos sugestivos de neuritis del VII par bilateral sin otras lesiones agudas. Con el diagnóstico de parálisis de Bell bilateral, se inició tratamiento con prednisona y valaciclovir, con resolución prácticamente completa en 4 semanas.

CONCLUSIONES: la parálisis facial periférica bilateral simultánea es una entidad muy infrecuente, siendo la forma idiopática la causa más común, presentando en estos casos un pronóstico muy favorable. Es importante tener en cuenta la posible asociación de enfermedades sistémicas graves en estos pacientes, principalmente el síndrome de Guillain Barré.

DOSCIENTOS PACIENTES CON ENFERMEDAD TROMBOEMBOLICA VENOSA

Fernández Bouza E, Barbagelata López C, Mella Pérez C, Vázquez Vázquez B, Sardina Ferreiro R, Gómez Buela I, Lijó Carballeda C, García Alén D, Bravo Blázquez I, Sesma Sánchez P.

MEDICINA INTERNA. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE FERROL.

INTRODUCCIÓN: la enfermedad tromboembólica venosa (ETV) es frecuente en nuestras consultas; conocer las características de los pacientes puede contribuir a un mejor manejo.

OBJETIVOS: analizar los datos epidemiológicos y clínicos de los pacientes atendidos en una consulta monográfica de ETV.

MATERIAL Y MÉTODOS: se registraron las condiciones de los 200 primeros pacientes seguidos tras haber sufrido un episodio de ETV.

RESULTADOS: entre Julio-2012 y Febrero-2014 hubo 200 casos. El 56% (113) fueron mujeres. El 69% (138) precisaron ingreso hospitalario. El 55% (111) tuvieron trombosis venosa profunda (TVP), el 39% (77) embolismo pulmonar (EP) y el 6%(12) ambos. El EP fue central en 41% (36) y periférico en 59% (51). Se consideró masivo en 5.8%(5), submasivo en 22% (19) y leve en 71% (61). Ingresaron el 89%(78) de los EP y 11%(9) se trataron ambulatoriamente (todos EP diagnosticados incidentalmente en pacientes con cáncer). Ingresaron el 57% de las TVP (70) y 43%(52) se trataron ambulatoriamente. La TVP fue femoral 46%(56), poplítea 28%(34), ilíaca 7.4%(9), tibioperonea 4.1%(5) y 14%(17) en otras localizaciones (miembros superiores, subclavia, cava.). El 100% de las TVP fueron sintomáticas. Tres (3.3%) EP se diagnosticaron con gammagrafía de ventilación- perfusión y el resto con TAC de arterias pulmonares. En 26% de casos (53) se hizo estudio de trombofilia, fue positivo en el 13%: 1 paciente déficit de antitrombina, 3 heterocigotos para factor V Leiden, 1 paciente homocigoto y 2 heterocigotos para mutación en gen de protrombina. Otros factores de riesgo para ETV fueron: inmovilismo 48%(96), cáncer 22.5%(45), ETV previa 9.5%(29), cirugía 8.5% (17), fractura 5.5%(11), uso de anovulatorios 4.5% (9) y gestación 1%(2). No hubo trombofilia entre las usuarias de anovulatorio; Una de las gestantes tenía homocigosis para mutación en gen de protrombina. El cáncer fue de mama 24%(11), colorrectal 22%(10), pulmón 8.8%(4), ginecológico 4.4%(2), hematológico 4.4%(2), cerebral 2.2%(1) y otros 33%(15); el adenocarcinoma fue el más común (66%;30) y el estadio IV el más frecuente (37%; 17). Iniciaron tratamiento con heparina de bajo peso molecular (193;95.5%), con heparina no fraccionada el 1.5%(3) y con otros 2%(4). El 80% continuaron tratamiento con anticoagulantes orales. Hubo una hemorragia que obligó a suspenderlo. No se estudió la mortalidad porque las condiciones del registro la hacen no representativa de la muerte asociada a ETV.

CONCLUSIONES: en nuestros pacientes con EP, la TVP probablemente está infradiagnosticada. Como en la literatura, encontramos la TVP más frecuente que el EP. Los EP hallados incidentalmente en pacientes oncológicos se tratan ambulatoriamente con más frecuencia que los sintomáticos. El inmovilismo es el factor de riesgo predominante. A diferencia de otras series, tenemos un alto porcentaje de ETV asociada a cáncer, fundamentalmente en estadios avanzados, achacable a las características asistenciales del centro.

EL TRATAMIENTO DEL TABAQUISMO EN LA UNIDAD ASISTENCIAL DE DROGODEPENDENCIAS. ¿RECURSO INFRAUTILIZADO POR EL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO?

¹Fernández Rodríguez V; ¹González Rodríguez M; ¹Fernández Sobrino AM; ²López Castro J.

¹UNIDAD ASISTENCIAL DE DROGODEPENDENCIAS DE MONFORTE DE LEMOS; ²SERVICIO DE MEDICINA INTERNA. HOSPITAL COMARCAL DE VALDEORRAS.

INTRODUCCIÓN: El tabaquismo genera cada año importantes gastos sanitarios y es la principal causa de muerte evitable conocida en las sociedades desarrolladas. El abordaje de la dependencia de la nicotina se realiza desde un punto de vista integral y multidisciplinar, de forma individual o grupal, con la ayuda del arsenal farmacoterapéutico disponible en la actualidad. La Unidad Asistencial de Drogodependencias (UAD) de Monforte de Lemos es centro de referencia para el tratamiento del tabaquismo en las Áreas sanitarias de Monforte de Lemos y O Barco de Valdeorras. El objetivo del presente trabajo es describir las características de los usuarios a tratamiento por su dependencia a la nicotina y su vía de acceso.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se selecciona una muestra de 106 usuarios que durante los años 2012 y 2013 habían iniciado o continuado con un proceso de deshabituación tabáquica en la UAD. Se recogieron variables sociodemográficas y relativas al consumo. Para su análisis se utilizó el paquete estadístico SPSS. Resultados En el año 2012 se atendieron 55 personas para tratar su adicción a la nicotina y en el año 2013 el número de usuarios que solicitaron tratamiento fue de 51. En cuanto al sexo la muestra está constituida por un 55,7% de mujeres frente al 44,3% de hombres. Con una edad media de 44,86 años (DT=11,19). La vía principal de acceso a nuestro servicio es la iniciativa propia que supone un 39,6% del total de admitidos a tratamiento seguida del Médico de Atención Primaria que representa 14,2%, otra fuente de referencia importante son los amigos con un 13,2%.

CONCLUSIONES: La nicotina es la única sustancia en la que el número de mujeres a tratamiento supera al de hombres. Estar integrado en una Red sanitaria pública paralela al Servicio Galego de Saúde supone una infratización del servicio.

ENCEFALITIS HERPÉTICA, CARACTERÍSTICAS Y EVOLUCIÓN

Piñeiro Fernández JC, Ventura Valcárcel P, López Reboiro ML, Romay Lema E, Suárez Gil R, Rabuñal Rey R.

MEDICINA INTERNA. HOSPITAL UNIVERSITARIO LUCUS AUGUSTI.

OBJETIVO: Estudiar la clínica, diagnóstico, tratamiento y pronóstico de la encefalitis herpética en nuestra área sanitaria.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio retrospectivo de los pacientes ingresados con encefalitis herpética en 11 años. El diagnóstico se estableció por una clínica o LCR compatible, junto con una PCR positiva para VHS y/o una RMN sugestiva. Se analizaron las siguientes variables: edad, sexo, comorbilidad, clínica, pruebas complementarias, tratamiento y evolución. El análisis estadístico se realizó con el SPSS 17.

RESULTADOS: Se incluyeron 15 pacientes, un 60% varones. La edad media fue de 66 años (DS 19.2), 66.5% mayores de 65 años. La estancia media fue de 21 días (DS 1.5). Un 33.3% tenía comorbilidad y 2 (13.3%) eran inmunodeprimidos. Los hallazgos clínicos más habituales fueron la fiebre (100%), alteraciones del comportamiento (86.7%), alteración del nivel de conciencia (66.7%), cefalea (53.3%) y focalidad (53.3%). Un paciente mostró un LCR normal, siendo la pleocitosis linfocitaria con hiperproteinorraquia leve y euglucorraquia el hallazgo habitual. La PCR resultó positiva en 6/12 casos (40% del total). La rentabilidad diagnóstica fue del 86.7% para la RMN, 40% para el EEG y 26.7% para el TC. La demora en el inicio del tratamiento fue de 3.3 días (DS 3). Todos fueron tratados con Aciclovir una media de 17.6 días (DS 6.8). Recibieron corticoides el 46.7% y antiépilepticos el 53.3%. Presentaron complicaciones 13 pacientes (86.7%) 46.7% infecciosa, 40% neurológica, 26.7% metabólica (todos SIADH), 13.3% ETEV y un caso de reactivación. Ingresaron en UCI 5 enfermos, requiriendo 3 ventilación mecánica. Fallecieron 2 pacientes (13.3%). Los que presentaron complicaciones neurológicas mantuvieron secuelas a largo plazo (un 26.7% dependientes para las ABVD).

CONCLUSIONES: El diagnóstico de la encefalitis herpética debe ser clínico, con el apoyo del LCR y la RMN cerebral. Las secuelas neurológicas y funcionales son habituales en la evolución de la enfermedad.

ENFERMEDAD DE FABRY

Vares M, Arévalo A, Rivera S, Barbagelata C, Linares D, Rodríguez A, Freire S.

MEDICINA INTERNA. HOSPITAL A CORUÑA.

INTRODUCCIÓN: La enfermedad de Fabry es una enfermedad multisistémica de depósito lisosomal, debida a mutaciones en el gen GLA que codifica la enzima alfa-galactosidasa A. Forma parte de las denominadas enfermedades raras, entidades poco conocidas que pueden pasar desapercibidas. En la actualidad existe un tratamiento específico que administrado de forma precoz puede entelecer la enfermedad.

OBJETIVOS: Mostrar las características de los pacientes de nuestro hospital con enfermedad de Fabry. **MATERIAL Y MÉTODOS:** Se recogieron los datos de los pacientes diagnosticados de enfermedad de Fabry en nuestro hospital hasta abril de 2014. Mediante el paquete estadístico SPSS 19.0 se analizaron las características clínicas, métodos diagnósticos y criterios de tratamiento.

RESULTADOS: Se recogieron 6 pacientes. Todos presentaban mutaciones en el gen GLA y actividad enzimática baja. La edad media de presentación fue de 17 años y la de diagnóstico de

38 años, con un retraso medio de diagnóstico de 22 años. 1/3 presentaban el fenotipo clásico de la enfermedad (acroparestias, angioqueratomas, intolerancia al calor, córnea verticilata, hipertrofia ventricular izquierda e insuficiencia renal). Otro tercio presentaron una variante cardio-renal precisando trasplante renal por insuficiencia renal terminal a la edad media de 33 años, además de miocardiopatía hipertrófica severa. Los otros 2 eran portadores asintomáticos en el momento del diagnóstico, desarrollando posteriormente afectación renal. Todos los pacientes sintomáticos cumplían criterios de tratamiento.

CONCLUSIONES: - La enfermedad de Fabry es una entidad poco frecuente y su diagnóstico habitualmente tardío. - Las manifestaciones clínicas son diversas, pudiendo presentarse como insuficiencia renal y/o miocardiopatía hipertrófica. - La mayoría de los pacientes cumplen criterios de tratamiento al diagnóstico. - El conocimiento de esta enfermedad es por tanto básico para los internistas.

ENFERMEDAD DE LYME EN EL ÁREA SANITARIA DE LUGO DEL 2008-2012

López-Reboiro ML.; Ventura-Valcárcel P.; Piñeiro-Fernández JC.; Romay-Lema EM.; Moreno-Lugris C.; Coira A.

MEDICINA INTERNA. HOSPITAL UNIVERSITARIO LUCUS AUGUSTI.

INTRODUCCIÓN: La enfermedad de Lyme es relativamente joven en cuanto a su descubrimiento, su incidencia está aumentando y, dentro de Galicia, en Lugo es frecuente.

OBJETIVOS: Caracterizar la población a estudiar. Ver la expresión clínica y el contagio, así como las pruebas diagnósticas empleadas. Respuesta al tratamiento. Consumo de recursos.

MATERIAL Y MÉTODOS: Realizamos un estudio descriptivo observacional, en la área sanitaria de Lugo entre el 2008 y 2012, sobre los pacientes con serología positiva para Borrelia y clínica compatible con la Enfermedad de Lyme. Recogemos las variables y las analizamos con Excel 2010.

RESULTADOS: Seleccionamos 85 pacientes, con 54 años de edad media. La mayor incidencia está localizada en la Ribeira de Pinquín, seguido de la Fonsagrada. La mayoría de los pacientes recordaban la picadura (62%) que se produjo en los meses de Junio, Julio y Agosto; presentado la clínica precozmente (25% en el mismo mes de la picadura). La clínica más prevalente fue el eritema migratorio (46%) y la radiculopatía (26%). La serología para borrelia positiva para IgG e IgM en suero (65%) y en LCR (87%). La neuroborreliosis presenta una meningitis linfocitaria (82%) con proteinorraquia (82%) sin consumo de glucosa (100%). El 40% de los pacientes recibieron ceftriaxona con curación en el 67%, la secuela más frecuente son algias (7%). Generaron 107 visitas a urgencias, 44 ingresos y 61 consultas para llegar al diagnóstico.

CONCLUSIONES: Estamos ante una población joven, de ayuntamientos forestales como Ribeira de Pinquín y Fonsagrada. La incidencia aumenta en comparación con estudios previos. La picadura es recordada en la mayoría de los casos, teniendo lugar en meses estivales. La clínica es precoz, con manifestaciones dermatológicas y neurológicas sobre todo. El tratamiento de elección es la ceftriaxona, con la curación completa en la mayoría de los pacientes. Generan un consumo de recursos a expensas de consultas al servicio de urgencias.

ENFERMEDAD DE POMPE EN EL ADULTO CON HIPER-CPK-EMIA: MANTENER SOSPECHA CLÍNICA PARA UN DIAGNÓSTICO PRECOZ

Baroja Basanta A.; Villaverde Álvarez I.; Vázquez Triñanes C.; Rodríguez Gómez A.; Val Domínguez N.; Pérez-Rodríguez MT.; Argibay Filgueira A.; Freire Dapena M.; Rivera Gallego A.

MEDICINA INTERNA. *UNIDAD DE ENFERMEDADES MINORITARIAS. XERAL-CÍES (VIGO).

INTRODUCCIÓN: La enfermedad de Pompe o Glucogenosis tipo II es una enfermedad rara lisosomal caracterizada por el acúmulo de glucógeno, principalmente en el tejido muscular. Esto dará lugar a una debilidad progresiva que afecta a todos los músculos. La afectación de la musculatura torácica, puede condicionar insuficiencia respiratoria. El tratamiento con sustitución enzimática puede revertir la pérdida de función en la musculatura esquelética pero la insuficiencia respiratoria es irreversible y no responde al tratamiento. Es importante por lo tanto un diagnóstico precoz, debido a que se dispone de un tratamiento específico.

OBJETIVOS: Remarcar la importancia de mantener un alto índice de sospecha clínica para un diagnóstico precoz que modifique el curso natural de la enfermedad, aun en adultos paucisintomáticos, con elevación de CPK sérica.

MÉTODOS: Exposición del caso clínico, pruebas complementarias realizadas y resultados obtenidos. **RESULTADOS:** Presentamos el caso de un varón de 57 años, bebedor de 2 vasos de vino al día, hipertenso, con antecedentes de hipertransaminasemia y esteatosis hepática. Empezó a presentar calambres musculares hace 7 años en reposo y con el ejercicio, acompañados de dolor y dificultad para la movilidad de las piernas, que no le impedían la realización de sus actividades habituales ni la práctica de deporte que realizaba de forma habitual desde la juventud. En una revisión rutinaria con su Médico de Atención Primaria le comentó estos episodios, y éste detectó en la analítica general una elevación de enzimas musculares (CPK 359 U/L, LDH 510 U/L, aldolasa 8.2 U/L a 37*), por lo que lo remitió a Consulta Externa de Medicina Interna. La exploración física no reveló ninguna anomalía de interés. La fuerza estaba conservada, 5/5 en todos los grupos musculares y los reflejos osteotendinosos eran normales. No tenía afectación de musculatura respiratoria. La electromiografía mostró una actividad espontánea patológica en varias unidades musculares (trapecio izquierdo, vasto y tibial anterior derecho) y potenciales de acción motora de características neurogénicas. Se realizó en ese momento test de screening de enfermedad de Pompe en gota gruesa con resultado dudoso. Se confirmó la actividad enzimática en leucocitos en sangre venosa con resultado positivo en leucocitos. En la biopsia de vasto interno de miembro inferior derecho presentó inclusiones tipo cuerpos citoplasmáticos con ausencia de infiltrados inflamatorios. El estudio genético, solicitado al laboratorio de referencia, sigue pendiente en el momento actual.

CONCLUSIONES: La enfermedad de Pompe, aunque es una enfermedad rara, y que habitualmente debuta en la infancia, puede presentarse en el adulto de forma paucisintomática. La elevación de CPK sérica de causa no aclarada en la primera aproximación al diagnóstico debería ser un motivo de

screening de enfermedad de Pompe, debido a que se cuenta con un tratamiento específico que puede modificar el curso de la enfermedad.

ENFERMEDAD POR ARAÑAZO DE GATO: REVISIÓN DE CASOS EN EL COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE OURENSE

González Noya A, López Mato P, Fernández Regal I, Pérez Carral V, Rodríguez Álvarez P.

MEDICINA INTERNA. CHUO.

INTRODUCCIÓN: La enfermedad por arañazo de gato es una enfermedad infecciosa aguda usualmente benigna causada por Bartonella henselae, cuya transmisión al ser humano se produce por el arañazo o mordedura de gato o por la picadura directa de la pulga. Se caracteriza típicamente por linfadenopatías asociadas a una lesión de inoculación, a menudo acompañada de fiebre.

OBJETIVO: Conocer la incidencia y características clínicas de la enfermedad por arañazo de gato en el área sanitaria del CHUO en los últimos 5 años.

MATERIAL Y MÉTODOS: estudio descriptivo retrospectivo donde se han seleccionado y estudiado pacientes mayores de 15 años diagnosticados de enfermedad por arañazo de gato.

RESULTADOS: Se han registrado ocho casos, con una mayor afectación en hombres. La presentación clínica más frecuente fue fiebre acompañada de adenopatías, sobre todo a nivel axilar, presentando un curso autolimitado y con buena respuesta a antibioterapia.

CONCLUSIÓN: La enfermedad por arañazo de gato ha de considerarse como posibilidad diagnóstica ante un paciente de que presenta adenopatías, y en el diagnóstico diferencial de un síndrome febril, especialmente en pacientes jóvenes, siendo muy importante el antecedente epidemiológico de contacto con gatos.

ESCLERODERMIA EN VARONES DEL ÁREA SANITARIA DE VIGO: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DIFERENCIALES

Val Domínguez N, Gómez Sousa JM, Soto Peleteiro A, Martínez Vidal A, Alonso Parada M, Sousa Domínguez A, Freire Dapena M, Rivera Gallego A.

UNIDAD DE TROMBOSIS Y VASCULITIS, SERVICIO DE MEDICINA INTERNA. HOSPITAL XERAL-CÍES DE VIGO.

COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE VIGO (CHUVI).

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: El 85-90% de los pacientes con esclerosis sistémica (SSc) son mujeres y pocas series evaluaron los aspectos clínicos distintivos en varones. Describimos el subgrupo masculino de una cohorte de pacientes de nuestro centro con SSc comparándola con el subgrupo femenino.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se recogieron los datos de los pacientes codificados con diagnóstico de SSc entre 1985 y 2013 y se clasificaron según los criterios de LeRoy y Medsger: esclerosis sistémica difusa (dcSSc), esclerosis sistémica limitada (lcSSc), esclerosis sistémica sine esclerodermia (ssSSc) y pre-esclerodermia (pre-SSc).

RESULTADOS: De los 114 pacientes, 17 (15%) eran varones: 10 (59%) dcSSc y 7 (41%) lcSSc. La edad media al diagnóstico fue 49 años. 9 (53%) tenían relación con tóxicos (8 sílice, 1 cloruro de vinilo). Todos tenían ANA+, 3 ACA, 8 Scl70, 3 dsDNA, 2 antiRo, 1 antiLa, 1 antiRNP y 1 antiSm. Se realizó capilaroscopia en 3 (18%), todos con megacapilares y pérdidas, y ramificaciones en 2. En el seguimiento (media 11 años), 15 (88%) presentaron Raynaud, 10 (59%) disnea, 9 (53%) úlceras, 7 (41%) teleangiectasias y 4 (23%) trastornos digestivos. Se observó EPI asociada en 10 (55%) e HAP en 3 (16%). 12 (71%) fallecieron (promedio de 10 años); la causa fue respiratoria en 4 (33%), cardíaca en 2 (17%), cáncer en 3 (25%), cirrosis en 1 (8%) y desconocida en 2 (17%). El análisis multivariante mostró menor edad en varones al diagnóstico (p 0.017) y muerte (p 0.001), y predominio en estos de exposición a tóxicos (p 0.05), dcSSc (p 0.003), Scl70+ (p 0.004), EPI (p 0.002), megacapilares (p 0.05), pérdida capilar (p 0.02) y ramificaciones (p 0.003). No hubo diferencias significativas en mortalidad y supervivencia desde el diagnóstico.

CONCLUSIONES: En más de la mitad de los varones existía relación con tóxicos. El subgrupo masculino se diferenció en la aparición más temprana, predominio de dcSSc, Scl70+, EPI asociada y capilaroscopia compatible con daño endotelial avanzado.

ESTUDIO DE 11 AÑOS DE TUBERCULOSIS GANGLIONAR PERIFÉRICA EN EL ÁREA DE PONTEVEDRA

Brea-Aparicio R, Velo-García A, Calviño L, Pallarés A, Núñez MJ, Anibarro L^{1,2,3}.

¹UNIDAD DE TUBERCULOSIS, SERVICIO DE MEDICINA INTERNA. COMPLEJO HOSPITALARIO DE PONTEVEDRA;

²SERVICIO DE NEUMOLOGÍA, COMPLEJO HOSPITALARIO DE PONTEVEDRA; ³INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA (IIB). UNIVERSIDAD DE VIGO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE PONTEVEDRA.

INTRODUCCIÓN: La tuberculosis (TB) de ganglios periféricos (TBG) es una de las localizaciones más frecuentes de la TB extrapulmonar (25-60%).

OBJETIVO: Evaluar los métodos diagnósticos y características clínicas, epidemiológicas, microbiológicas y evolutivas de los casos de TBG en el área de Pontevedra entre los años 2003 y 2013.

MATERIAL Y MÉTODOS: Análisis retrospectivo con datos obtenidos del registro gallego de TB.

RESULTADOS: Se registraron 116 casos (10% del total de casos de TB), se excluyeron para el estudio 12 casos por no disponer de información suficiente. 47% eran varones, la edad media fue de 48 años y 11 presentaban coinfección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH). La localización cervical (74%) fue la más frecuente, seguida de supraclavicular (30%), axilar (18%), submandibular (11.5%) e inguinal (8%). 36% presentaban ≥ 2 localizaciones. En 19 pacientes (18%) había localización extraganglionar, confirmada microbiológicamente en 12 casos. 42 pacientes (44%) presentaban síntomas generales, relacionándose inversamente con el tiempo de evolución de las adenopatías y con la coinfección por VIH. La ecografía demostró granulomas con hipodensidad central en 47% de los pacientes en los que se realizó, frente al 63% de los que se realizaron TAC. Se realizó punción-aspiración en 51 casos y biopsia en 84 con los siguientes.

RESULTADOS: 20 pacientes presentaron fistulización sin relacionarse con la realización de PAAF. La respuesta paradójica se presentó en 19 pacientes en forma de fistulización (9), aumento de

tamaño (11), nuevos ganglios (5), eritema doloroso (5) y sintomatología (9). La respuesta paradójica se relacionó únicamente con el sexo femenino. **5-Conclusión:** La rentabilidad microbiológica de la biopsia y la aspiración es similar, siendo la biopsia el método diagnóstico de elección en caso de dudas diagnósticas. La aparición de respuesta paradójica no es infrecuente, sin encontrarse variables sobre las que actuar para prevenir su aparición.

EVOLUCIÓN DE LA PRESENTACIÓN CLÍNICA EN EL DIAGNÓSTICO DE LA INFECCIÓN POR VIH EN LA ÚLTIMA DÉCADA

Mateo-Mosquera LM, Martínez-Braña L, Losada E, Antela A.

UNIDAD DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS. SERVICIO DE MEDICINA INTERNA. HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE SANTIAGO DE COMPOSTELA.

INTRODUCCIÓN: En el año 2012 en España se diagnosticaron 3.210 nuevos casos de VIH, lo que supone una tasa de 8, 5/100.000 habitantes. El 48% fueron diagnósticos tardíos, es decir, presentaban una cifra de CD4 < 350 células/μl. El retraso diagnóstico tiene consecuencias negativas tanto para el paciente como para la comunidad. En España la recomendación para el diagnóstico de la infección por VIH es el cribado en individuos potencialmente expuestos.

OBJETIVO: El objetivo del presente estudio fue comparar las características clínico-epidemiológicas de los pacientes diagnosticados de infección por VIH a lo largo de una década.

MÉTODOS: Se comparan tres series de pacientes diagnosticados de infección por VIH durante tres años diferentes 2003 (n=25), 2008 (n=28) y 2013 (n=26) en la Unidad de Enfermedades Infecciosas del Hospital Clínico de Santiago de Compostela.

RESULTADOS: En la tabla adjunta se resume la comparación entre las tres series.

CONCLUSIÓN: En los últimos años ha cambiado la vía de adquisición del VIH siendo en la actualidad la más frecuente la vía sexual mientras que en el 2003 predominaba la vía parenteral. En relación con esto ha disminuido de forma significativa la prevalencia de la infección por VHC. No se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la prevalencia del diagnóstico tardío o la presencia de infecciones oportunistas al diagnóstico por lo que es necesario mejorar las medidas para el diagnóstico precoz.

FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS CON HEMORRAGIA POST-PARACENTESIS: A PROPÓSITO DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Val Domínguez N, Freire Dapena M.

MEDICINA INTERNA. HOSPITAL XERAL DE VIGO (CHUVI).

INTRODUCCIÓN: Las complicaciones derivadas de la paracentesis, como el sangrado o la perforación intestinal, son extremadamente raras (entre un 1-2%) pero potencialmente fatales, sobre todo en los casos de sangrado (0.19%, con una mortalidad aproximada del 0.016%). La identificación de grupos de riesgo podría ayudarnos a extremar precauciones y disminuir aun más la morbimortalidad asociada.

OBJETIVOS: descripción de un caso clínico de hemorragia por paracentesis y revisión de la literatura de los factores de riesgo identificados.

MÉTODO: revisión de la historia clínica del enfermo y búsqueda en MEDLINE sin límite de fecha con las palabras clave "paracentesis" or "paracenteses" and "adverse effects", "mortality" or "hemorrhage".

RESULTADOS: Mujer de 35 años con infección por VHC genotipo 1a en fase cirrótica, con trombopenia (en el momento del ingreso 105.000 plaquetas, con coagulación normal) y crioglobulinemia mixta con insuficiencia crónica renal secundaria (Clcr 53.2 ml/min) que ingresa por ascitis a tensión precisando paracentesis terapéutica. A las pocas horas, la paciente presenta un shock hemodinámico secundario a la punción accidental de la arteria epigástrica inferior con hemoperitoneo secundario. Tras embolización selectiva mediante abordaje femoral, se consigue controlar la hemorragia. En los casos revisados en la literatura, los problemas relacionados con la técnica como la necesidad de recolocar el catéter o de realizar dos punciones durante el mismo procedimiento, el tipo de catéter empleado y la experiencia del operador, no implicaron mayor riesgo de presentar complicaciones. La coagulopatía o trombopenia en ningún caso aumentó la incidencia de sangrado. Existe mayor riesgo en las paracentesis diagnósticas frente a las terapéuticas. En pacientes con enfermedad renal de base el riesgo de sangrado está aumentado de manera significativa y en algunos estudios se sugiere la posibilidad de administrar plasma fresco congelado antes de la punción. Los pacientes con clase C de Child-Pugh o con hepatopatía alcohólica de base tienen mayor tendencia a presentar complicaciones hemorrágicas asociadas a la paracentesis. La ecografía podría disminuir el riesgo de complicaciones asociadas a la punción accidental de algún vaso arterial.

CONCLUSIONES: la paracentesis terapéutica, la enfermedad renal de base y probablemente los pacientes con clase funcional Child-Pugh C y hepatopatía alcohólica tienen un mayor riesgo de hemorragia asociado a la paracentesis. En nuestra paciente identificamos al menos tres de estos factores, La administración previa de plasma fresco o la punción guiada por ecografía en pacientes seleccionados podrían minimizar el riesgo de este tipo de complicación.

FACTORES QUE PRECIDEN LA PRESENCIA DE NEOPLASIA EN LOS PACIENTES CON PÉRDIDA NO INTENCIONADA DE PESO ATENDIDOS EN UNA CONSULTA DE MEDICINA INTERNA

Carballo Fernández I, Beceiro Abad MC, Valcárcel García MA, Rodríguez Cordero M, Martínez Braña L, Mateo Mosquera L, Díaz Peromingo JA, González Quintela A.

SERVICIO DE MEDICINA INTERNA. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE SANTIAGO DE COMPOSTELA.

INTRODUCCIÓN: La pérdida no intencionada de peso (combinada o no con astenia y anorexia configurando el llamado "síndrome general") es un motivo frecuente de consulta en Medicina Interna. Una pregunta inmediata en estos casos es si subyace una neoplasia maligna o no.

OBJETIVOS: Conocer los factores que predicen la presencia de neoplasia en los pacientes con pérdida no intencionada de peso atendidos en una consulta de Medicina Interna.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se incluyeron 220 pacientes con pérdida no intencionada de peso (con o sin astenia y anorexia) remitidos (en su gran mayoría desde el servicio de Urgencias) a una consulta de respuesta rápida de Medicina Interna de un hospital terciario, durante el período de un año (Marzo 2012 - Febrero 2013). Un total de 109 (49, 5%) eran varones. La edad mediana era 78 años (rango, 19 - 94 años). Se analizaron los posibles factores demográficos, de estilo de vida, clínicos y biológicos asociados a la presencia de neoplasia maligna mediante revisión de los historiales clínicos.

RESULTADOS: Se diagnosticó neoplasia maligna en 60 casos (27%). En 30 de los casos (50%) presentaba diseminación metastásica. En el análisis univariante, la presencia de neoplasia se asoció con el sexo masculino, con una exploración física anormal y orientativa, con cifras bajas de hemoglobina y cifras altas de plaquetas, de VSG, de PCR y de LDH. No se observaron diferencias significativas entre los pacientes con y sin neoplasia respecto a la edad, el tabaquismo, el consumo de riesgo de alcohol, el tiempo de evolución o el grado de pérdida de peso. En un modelo multivariante mostraron asociación con neoplasia el sexo masculino (OR 2, 22; IC 95% 1, 18-4, 17; p=0, 01), la elevación de VSG (OR 2, 01; IC 95% 1, 07-3, 78; p=0, 03) y una exploración física anormal y orientativa (OR 2, 05; IC 95% 0, 99-4, 25; p=0.05). Sólo 29 pacientes (13%) tuvieron que ingresar en el hospital por algún motivo, si bien el ingreso fue más frecuente en los pacientes con neoplasia.

CONCLUSIONES: La gran mayoría de los pacientes con pérdida no intencionada de peso pueden ser estudiados ambulatoriamente. Algunas variables básicas demográficas (como el sexo masculino), clínicas (como la exploración física) y biológicas (como la elevación de VSG) permiten identificar un grupo de pacientes con un alto riesgo de neoplasia entre los remitidos por pérdida no intencionada de peso a una consulta específica.

PIEBRE Q CRÓNICA

Matute G, González-Rivero C, Guillén C, Martínez M.

MEDICINA INTERNA E. C. H. UNIVERSITARIO A CORUÑA.

Se presenta el caso clínico de una paciente de 80 años que consulta por síndrome general de 6 meses de evolución. Como antecedentes personales presentaba bioprótesis aórtica, FA permanente, DM, HTA. A la exploración física, tenía un buen estado general estando afebril en todo momento. En las exploraciones complementarias realizadas destaca pancitopenia, colestasis disociada, frotis de sangre periférica con células maduras sin datos de clonalidad. El TAC toraco-abdomino-pélvico evidencia hepatoesplenomegalia sin masas ni adenopatías. La serología para VIH, VHB, VHC, Sifilis, CMV y EBV resultó negativa y el estudio de hepatopatía autoinmune y los marcadores tumorales fueron así mismo negativos. La gastroscopia y colonoscopia no mostraron datos patológicos. Prosiguiendo el estudio para enfermedades de tejido conectivo el FR fue muy elevado, siendo CPK, Aldolasa, Anticuerpos antiCCP y ECA negativos. La biopsia de grasa subcutánea no mostró alteraciones relevantes. Se realizaron hemocultivos (negativos) y ecocardiograma transtorácico y transesofágico sin datos concluyentes de endocarditis. Sin embargo, la serología para *C. burnetti* fue significativamente positiva para IgG fase I con diagnóstico final de Fiebre Q crónica con posible endocarditis asociada (1 criterio mayor y dos menores). La fiebre Q es una zoonosis de distribución mundial que constituye un desafío diagnóstico en la fase crónica. Dada la inespecificidad de la clínica, los hallazgos ecocardiográficos no concluyentes y los hemocultivos negativos, pueden llevar frecuentemente a un retraso en el diagnóstico por lo que se necesita una alta sospecha clínica en su estudio.

FUSOBACTERIUM NECROPHORUM: MÁS ALLÁ DEL SÍNDROME DE LEMIERRE

Fernández Fernández FJ, Valle Feijoo ML, Enríquez Gómez H, Araújo Fernández S, Novoa Lamazares L, De la Fuente Aguado J.

MEDICINA INTERNA. POVISA.

INTRODUCCIÓN: *Fusobacterium necrophorum* es un bacilo gramnegativo anaerobio, habitualmente presente en la cavidad oral. Es el patógeno que con más frecuencia causa el síndrome de Lemierre o tromboflebitis séptica de la vena yugular interna. De forma excepcional ha sido descrito como agente de otras manifestaciones clínicas, como empiema o absceso hepático. Caso 1: Un varón de 35 años ingresa por dolor en costado izquierdo, tos con expectoración y fiebre de 5 días de evolución. Como antecedentes había sido diagnosticado de reflujo gastroesofágico mediante pHmetría y era fumador de 10 cigarrillos diarios. En la exploración la Tª era de 38.3°C, la boca era séptica y se apreciaba una disminución de ruidos respiratorios en hemitórax izquierdo. En los análisis destacaba leucocitosis (18230/mm³), trombocitosis (601000/mm³), anemia (Hb 12.5) y elevación de reactantes de fase aguda (VSG 95 mm/h y proteína C reactiva 22.8 mg/dL). La Rx de tórax mostró un derrame pleural izquierdo loculado. El líquido pleural demostró 3150 células (95% PMN), con un pH de 6. 7, y en el cultivo del líquido pleural creció *Fusobacterium necrophorum* sensible a penicilina. Se pautó tratamiento con ceftriaxona y clindamicina y se colocó un tubo de tórax. Ante la ausencia de respuesta al drenaje se practica decorticación pleural, confirmándose posteriormente la reexpansión pulmonar completa. Caso 2: Un varón de 77 años ingresa en el hospital por cuadro de 1 semana de evolución de fiebre y dolor abdominal en epigastrio e hipocondrio derecho. Como antecedentes había sido diagnosticado de HTA, DM tipo 2 a tratamiento con metformina, y adenocarcinoma de recto que fue tratado mediante resección abdominoperineal, quimioterapia y radioterapia 16 años antes. En la exploración la Tª era de 37.9°C, y se apreciaba una hepatomegalia de 4 cm. En análisis existía leucocitosis (14250/mm³), elevación de enzimas hepáticas (GPT 98 U/L, GGT 189 U/L y FA 440 U/L) y de la VSG (49mm/h). La ecografía y posteriormente la TC abdominal mostraron múltiples lesiones hipodensas hepáticas sugestivas de abscesos. En hemocultivos creció *Fusobacterium necrophorum* sensible a penicilina. Se pautó tratamiento con Amoxicilina-clavulánico por vía intravenosa durante 2 semanas y posteriormente oral. La evolución fue favorable con resolución de las alteraciones previamente descritas.

CONCLUSIONES: Aunque en animales *F. necrophorum* puede producir abscesos viscerales de modo relativamente común, en humanos es infrecuente su presentación clínica más allá del síndrome de Lemierre. Probablemente el origen de la infección sea orofaríngeo con diseminación hematógena,

aunque no se ha podido demostrar. A diferencia del síndrome de Lemierre, que puede ser mortal, las manifestaciones atípicas descritas en la literatura suelen tener una evolución favorable con tratamiento antimicrobiano y drenaje de las colecciones en caso necesario.

GIARDIASIS INTESTINAL, HIPERPLASIA NODULAR LINFOIDE E NEUMONÍA: ALERTA SOBRE A POSIBILIDADE DUNHA INMUNODEFICIENCIA PRIMARIA

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

MEDICINA INTERNA. COMPLEXO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE FERROL.

INTRODUCCIÓN: A Inmunodeficiencia Común Variable (ICV) é unha inmunodeficiencia primaria (IP) caracterizada por un defecto na diferenciación das células B e unha alteración na produción de inmunoglobulinas. É a IP sintomática máis común en adultos. A presentación clínica é heteroxénea e caracterízase pola presenza de infeccións recorrentes, trastornos autoinmunes, patoloxía gastrointestinal e un risco aumentado de neoplasias.

CASO CLÍNICO: Presentamos o caso de un home, de 74 anos, que ingresou no servizo de Medicina Interna por síntomas gastrointestinais, consistentes en diarrea subaguda con coprocultivos negativos. Os estudos analíticos xerais (hemograma, función renal, función hepática e ions) non mostraron alteracións. Realizouse unha endoscopia dixestiva alta (EDA) con biopsia duodenal, que mostrou presenza de microorganismos concordantes con Giardia lamblia e Hiperplasia Nodular Linfoide. Completouse o estudo analítico que mostrou déficit de inmunoglobulinas (IgM 28, IgA 83 e IgG 242). Posteriormente á alta hospitalaria presentou unha Neumonía, tratada de forma ambulatoria con antibioterapia, con evolución favorable. Ante a sospeita de IP, remitiuse a consulta específica, onde se completou estudo. A seroloxía de VIH foi negativa. O estudo de poboacións linfocitarias, complemento (CH50) e autoinmunidade, non mostrou alteracións. Finalmente, estudouse a resposta a vacinas de Neumococo e Haemophilus influenzae tipo B, que foi negativa. Tras establecer o diagnóstico de ICV, iniciouse tratamento substitutivo con inmunoglobulina intravenosa (IgIV) con evolución favorable, recuperación dos niveis de IgG ata o rango de normalidade e ausencia de novas infeccións tras 18 meses de seguemento.

DISCUSIÓN: A ICV defínese polo déficit de IgG e IgA e/ou IgM e a ausencia de resposta ás inmunizacións tras descartar causas secundarias de inmunodeficiencia. As manifestacións clínicas afectan a múltiples órganos e sistemas, e non son específicas, desde infeccións de repetición ata patoloxía pulmonar ou gastrointestinal crónica, síndrome de malabsorción, patoloxía autoinmune ou neoplasias. A variabilidade na presentación clínica fai que exista un retraso diagnóstico evidente, o que conleva un maior deterioro clínico dos pacientes. O tratamento con IgIV reduce de forma significativa o número de infeccións. Os pacientes con ICV requiren seguemento en consulta especializada, realizando búsqueda activa das posibles complicacións.

HEMATOMA CEREBRAL COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE PROBABLE ENFERMEDAD DE MOYA MOYA

Verdeal Dacal R; Suárez Fuentetaja R; Clavero Fernández E; Marey López J.

MEDICINA INTERNA. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO A CORUÑA.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: La infrecuente enfermidade de Moya Moya se caracteriza por a oclusión progresiva de la arteria carótida interna supraclinoidea y sus ramas en el polígono de Willis generándose una red vascular fina de arterias perforantes dilatadas. De mayor incidencia en el sudeste asiático y mujeres, tiene dos picos de incidencia, uno en niños y otro en adultos. La prueba gold estándar es la angiografía cerebral y el tratamiento varía desde un manejo conservador hasta cirugías de revascularización directa y/o indirecta.

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

RESULTADOS: Mujer, 55 años, caucásica, con migraña como único antecedente. Acudió por cefalea holocraneal de dos días de evolución y parestesias en hemifacies y hemicuerpo izquierdos. A la exploración no presentaba alteraciones a nivel físico ni neurológico. El TAC craneal mostró un hematoma intraparenquimatoso agudo en el lóbulo temporal posterior derecho. La bioquímica, hemograma, VSG, proteína C reactiva, FR, ANAs, ANCA, función tiroidea, fólculo y B12 fueron normales. La serología solo presentó una IgM positiva para VEB, realizando PCR del virus en sangre y LCR que fue negativo. Se realizó AngioTAC de arterias supraaórticas mostrando displasia del segmento M1 de la cerebral media derecha con una estenosis significativa, completando el estudio con una arteriografía cerebral que objetiva estenosis del segmento supraclinoideo de la carótida interna derecha que se asocia a proliferación de múltiples arterias tálamo-perforantes y lenticuloestriadas y múltiples colaterales, diagnóstico de probable enfermidade de Moya Moya derecha. Estando la paciente asintomática y con buena evolución en TAC de control, valorada conjuntamente por Interna, Neurología, Neurocirugía y Neurorradiología se decidió tratamiento conservador y seguimiento con neuroimagen ambulatorio.

CONCLUSIÓN: La enfermidade de Moya Moya es una patología infrecuente cuyo manejo requiere un enfoque multidisciplinar.

HIPERSENSIBILIDAD A LA AZATIOPRINA TIPO SÍNDROME DE SWEET

Araújo Fernández S¹, Fernández Fernández FJ¹, Enriquez Gómez H¹, Álvarez Otero J¹, Fernández Villaverde A², De La Fuente Aguado J¹.

MEDICINA INTERNA¹, DIGESTIVO². HOSPITAL POVISA.

INTRODUCCIÓN: El síndrome de Sweet es una dermatosis reactiva, pustulosis y estéril que se puede asociar a infecciónes, enfermidades inflamatorias, neoplasias o administración de fármacos. La asociación con el uso de azatioprina (AZA) ha sido descrita de forma excepcional en la literatura.

CASO CLÍNICO: Un varón de 54 años ingresa por un cuadro de 48 horas de evolución de fiebre y deposiciones líquidas, sin aumento del número diario, con un episodio aislado de hematuria. En la

exploración física destaca la presencia de fiebre. Había sido diagnosticado de enfermidade de Crohn y realizaba tratamento con budesonida y AZA desde 12 días antes. En el análisis de sangre presenta leucocitosis y en el sedimento de orina piuria y hematuria. A las 24 horas del ingreso aparecen lesiones eritemato-pustulosas y costrosas no pruriginosas, dolorosas, localizadas en miembros superiores, abdomen, cuello y cabeza. Se realizó una biopsia cutánea que demostró una dermatosis neurofílica tipo Sweet. Se diagnosticó, por tanto, de síndrome de hipersensibilidad a la AZA tipo síndrome de Sweet y se suspendió la AZA. Presentó una rápida resolución de las lesiones cutáneas y de la fiebre.

DISCUSIÓN: El síndrome de hipersensibilidad a la AZA se trata de una reacción dosis-independiente que ocurre en las primeras 4 semanas del tratamiento. Las manifestaciones clínicas más frecuentes son fiebre, artralgias, mialgias y lesiones cutáneas, entre las que se encuentra el síndrome de Sweet. El diagnóstico del síndrome de Sweet inducido por fármacos se realiza si se cumplen los 5 criterios de Walker y Cohen: aparición de lesiones cutáneas, infiltración dérmica de PMN, fiebre, relación temporal y rápida respuesta a la retirada del fármaco.

CONCLUSIÓN: El síndrome de Sweet asociado al uso de AZA es muy poco frecuente. Debemos tenerlo en cuenta ante la aparición de lesiones cutáneas y fiebre, ya que en muchas ocasiones se asocian a la enfermidade de base.

ICTUS Y TROMBO VENTRICULAR IZQUIERDO TRAS INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

Gondar Barcala T, Álvarez Otero J, García Poutón N, Fernández Fernández FJ, De la Fuente Aguado J.

MEDICINA INTERNA. POVISA S. A.

INTRODUCCIÓN: Los trombos intraventriculares ocurren en el 20% de los pacientes con infarto agudo de miocardio (IAM) no tratados con anticoagulantes. La incidencia se eleva hasta el 40% si el IAM es de cara anterior y al 60% si afecta también al ápex.

CASO CLÍNICO: Mujer de 54 años, fumadora de 20 cigarrillos que ingresa por IAM, con ascenso del segmento ST en cara anterior, en ritmo sinusal. Se realiza angioplastia en arteria descendente anterior y se inicia doble antiagregación y anticoagulación que se suspende a las 72 horas del ingreso. En el ecocardiograma se detecta una extensa acinesia ventricular anteroseptal y apical con disfunción sistólica global. Continúa tratamiento con AAS, clopidogrel, bisoprolol, ramipril, rosuvastatina y furosemida. A los 14 días la paciente reingresa por hemiplejía, parálisis facial y disartria de instauración brusca. En la TC craneal se evidencia oclusión completa de la arteria carótida interna derecha, sifón carotídeo y amputación de la arteria cerebral media derecha con pérdida de la diferenciación de la sustancia gris-blanca. En el ecocardiograma se aprecia un probable trombo a nivel anteroapical y se pauta anticoagulación con heparina. La TC cardíaca de confirma la presencia de trombos intraventriculares a nivel del ápex y signos de miocardiopatía dilatada isquémica. Se inicia rehabilitación y se mantiene tratamiento anticoagulante con acenocumarol.

DISCUSIÓN: En los IAM anteroseptales con hipocinesia extensa y afectación del ápex la incidencia de trombos intraventricular supera el 50% siendo el riesgo mayor en los tres primeros meses post-IAM. La embolización cerebral sucede en el 10% de los casos en los que se detecta un trombo mural. La anticoagulación está indicada en presencia de trombo intracavitario. En pacientes con IAM anterior extenso no cardioembólico en los que no se detecte trombo la anticoagulación no está indicada, ya que el riesgo de embolización es muy bajo.

IMPORTANCIA DA ESTRATIFICACIÓN NO TRATAMENTO DA POLIANXEÍTIS MICROSCÓPICA

Rodríguez P, Seco E, Fernández I, Pérez V, López P, González A, Jiménez JL.

MEDICINA INTERNA. COMPLEXO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE OURENSE.

INTRODUCCIÓN: A polianxeítis microscópica (PAM) é a vasculitis ANCA positiva máis frecuente no noso medio e caracterízase por importante afectación reno-pulmonar e pANCA/MPO positivos. O tratamento débese realizar en función da extensión e gravidade da enfermidade, para conseguir a máxima supervivencia coa menor toxicidade.

CASO CLÍNICO: Paciente masculino de 78 anos, sen alerxias, hipertenso, fumador, EPOC tipo enfisematoso e colecistectomizado. Hospitalizado 4 meses antes por cuadro compatible con neumonía grave. Refería ao ingreso tos e expectoración verdosa dunha semana de evolución, sen febre. Na exploración destacaban crepitantes en bases, e edemas en membros inferiores, sen lesións cutáneas. Ante a sospeita de reagudización infecciosa, tratouse con Cefepime, Azitromicina e Oseltamivir, sen melloría clínica. Realizouse tomografía torácica que amosou enfisema centrolobullar, infiltrados alveolares e áreas de vidro deslustrado en lóbulos superiores, e bronquiectasias en lóbulos inferiores, con infiltrado periférico suxestivo de infección e zoas de "árbol en brote" en lóbulo inferior esquerdo. Un ecocardiograma descartou cardiopatía. Unha fibrobroncoscopia presentaba datos de hemoraxia pulmonar. Na analítica presentaba p-ANCA (1/320), con antimieloperoxidasa positivo (119), sendo negativos antiMBO, cANCA/PR3, anticardiolipina, anticoagulante lúpico e antiglicoproteína-beta 1. Foi tratado con Oseltamivir, Piperacilina/Tazobactam e Metilprednisolona (3 doses de 250 mg/día, seguidas de 2mg/kg/día) con resolución da clínica respiratoria. Posteriormente presenta anasarca refractaria a tratamento depletivo, con creatinina de 2 mg/dl, hematuria de 11-20 hematies/campo e proteinuria en 24 horas de 1,8 g. Na biopsia renal, confirmase glomerulonefritis focal activa proliferativa, con pouca cronicidade, e afectación intersticial leve. Un EMG amosa polineuropatía motora e sensitiva de longa evolución. Dada a sospeita de vasculitis sistémica xeralizada, iniciase tratamento con Ciclofosfamida iv (0,5 g/m²: 1g) con boa tolerancia inicial, aínda que en días posteriores, presenta episodio de hipotensión e anemización. Tras un mes de corticoterapia a 1mg/kg/d, indicase pauta descendente e contiñáase con pulsos mensuais de Ciclofosfamida iv, até cumprir 6; tamén se engade un IECA como antihipertensivo e antiproteínúrico, con boa resposta clínica.

DISCUSIÓN: Con este caso resaltamos a importancia de estratificar a enfermidade avaliando a afectación de órganos vitais, antes de planificar o tratamento, xa que éste varía según se trate de enfermidade localizada (tracto respiratorio superior e/ou inferior) ou xeralizada (afectación renal máis/ menos outros órganos vitais).

INFECCIONES RELACIONADAS CON CATÉTER INTRAVASCULAR: APORTACIÓN DEL CHUO AL ESTUDIO NUVE

López Mato P, González Noya A, De Toro M, Díaz López D, Fernández Regal I, Pérez Carral V, Rodríguez Álvarez P

MEDICINA INTERNA. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE OURENSE (CHUO).

INTRODUCCIÓN: El uso de vías endovasculares se ha incrementado considerablemente en estos años; por dicha razón se realizó el estudio NUVE (Estudio Nacional de Medicina Interna sobre el Uso de Vías Endovasculares) para registrar las características de estos dispositivos en España. El CHUO participó en su análisis.

OBJETIVOS: Describir las características de los catéteres intravasculares en Medicina Interna del CHUO, partiendo de los datos para estudio NUVE.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio descriptivo transversal de pacientes ingresados el día 27 Junio 2013 a cargo de Medicina Interna, en plantas de Área Médica.

RESULTADOS: Se registraron 158 pacientes, con edad media 79 años siendo 52% hombres; 65, 2% presentaban índice de Charlson de 4 a 7. El 84, 9% portaba vía periférica, y 2 vías el 3, 8%; ninguno tenía vía central. El lugar más frecuente de inserción fue antebrazo (36, 9%), seguido de dorso de mano (25, 5%). El 2, 3% de las vías tenía signos de infección leve, y aquellos pacientes con signos de sepsis (3, 1%) tenían foco infeccioso alternativo. Todas las vías fueron colocadas por enfermería, y en 99, 5% de los casos existía registro de fecha de inserción, así como vigilancia diaria. Todas presentaban apósito transparente, y un 37% de ellas usaba taponos cerrados. En caso de no tener medicación i. v. pautada, la mayoría de las vías permanecían colocadas para posibles rescates; en 6, 2% casos no había causa que justificase la vía. No había establecida una valoración reglada de la necesidad de catéter, y subjetivamente se podrían retirar el 35% de las vías.

CONCLUSIONES: Los resultados muestran una mayor frecuencia de catéteres respecto a la media nacional, con cifras de infección similares. En nuestro hospital no se estudia la necesidad de mantenimiento del catéter, un factor analizado en 40% de hospitales participantes. La implementación de esta medida es un objetivo a conseguir para mejorar el índice de infecciones y la calidad asistencial en nuestro medio.

LESIONES DESMIELINIZANTES EN LA ENFERMEDAD DE BEHÇET

Rodríguez Arias M, González Vázquez L, González Lorenzo JR, Santos Armentía E, Valle Feijoo L, Fernández Fernández FJ, De la Fuente Aguado J.

MEDICINA INTERNA. POVISA.

INTRODUCCIÓN: La afectación neurológica en la enfermedad de Behçet (EB) se produce en un 5-10% de los casos, con 2 patrones: parenquimatoso y no parenquimatoso. Las lesiones desmielinizantes son una forma rara de afectación parenquimatosas.

OBJETIVOS: describir las manifestaciones clínicas, alteraciones analíticas, la localización de las lesiones desmielinizantes, tratamiento y evolución.

MÉTODOS: estudio retrospectivo de pacientes diagnosticados de EB con afección neurológica entre enero de 1990 y diciembre de 2013 en nuestro hospital. El diagnóstico se realizó en base a los criterios del International Study Group of Behçet's Disease. Se evaluaron los hallazgos de resonancia magnética cerebral (RM) y LCR.

RESULTADOS: se diagnosticaron de EB 32 pacientes, 6 (18.7%) con lesiones desmielinizantes en la RM con edad media al diagnóstico de 31 (15-62) años y 4 (66.6%) eran mujeres. Síntomas: cefalea (100%), alteración de pares craneales (66.6%) - dos con neuritis óptica bilateral y 2 con parálisis facial periférica recurrente-, déficits sensitivos (50%), ataxia en 1 y déficit motor transitorio en 1. Tres pacientes presentaron ANA positivos a título bajo. LCR: pleocitosis y proteinorraquia en 1 caso y en 3 bandas oligoclonales (50%). La RM mostró alteraciones en la sustancia blanca en todos los casos, supra e infratentorialmente. Tratamiento: colchicina en 3, azatioprina en 3, corticoides orales en 3 y pulsos de MP en 5. Cuatro pacientes permanecen estables: dos de ellos con corticoides a bajas dosis, uno con adalimumab y otro sin tratamiento; un paciente presentó una recaída a pesar de recibir tratamiento con infliximab y otro con poca adhesión al tratamiento presentó progresión.

CONCLUSIONES: Las lesiones desmielinizantes en la EB son poco frecuentes y pueden simular una esclerosis múltiple tanto clínica como radiológicamente. En todos los pacientes con lesiones desmielinizantes se debe valorar síntomas de enfermedad sistémica y realizar seguimiento a largo plazo.

LINFOMA PRIMARIO DE CAVIDADES SEROSAS: CAMBIO DE PARADIGMA

Suárez R, Clavero E, Verdeal R, Yañez J, Busto E.

MEDICINA INTERNA. CHUAC.

INTRODUCCIÓN: El linfoma primario de cavidades serosas (LPCS) es una variante infrecuente de los linfomas no Hodgkin B difuso de células grandes que afecta a pacientes inmunodeprimidos severos. Se ha descrito al HHV- 8 como agente etiológico. Se caracteriza por afectación de cavidades serosas en ausencia de organomegalia y adenopatías.

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

RESULTADOS: Se trata de una paciente de 69 años diagnosticada en 2008 de cirrosis mixta (enólica e infecciosa por VHB) con carga viral negativa. No realiza seguimientos ambulatorios ni toma tratamientos habituales. Ingresó en Julio 2013 en el Servicio de Digestivo por cuadro de descompensación icteroscáptica. Realizamos paracentesis diagnóstica objetivándose la presencia de 12000 leucocitos con 90% de monocitocitos y LDH de 3600, manteniendo los niveles de glucosa, amilasa y ADA dentro de rango. Los cultivos para Mycobacterium Tuberculosis y microorganismos aerobios y anaerobios resultaron negativos. La citología del líquido peritoneal presentaba positividad para células malignas con inmunofenotipo de LPCS (Imágenes adjuntas). Tanto la biopsia de médula

ósea como la TAC ósea no revelaron alteraciones significativas. El genoma del virus VHH-8 y la serología de VIH eran negativas. Tras el diagnóstico de LPCS se inició tratamiento con R-CHOP, consiguiendo una supervivencia de 5 meses, patrón de supervivencia similar a los pacientes VIH con LPCS.

CONCLUSIONES: Presentamos un caso clínico de una paciente con cirrosis de etiología enólica e infecciosa por VHB que rompe el paradigma de LPCS en relación con la etiología y los factores de riesgo que predisponen su aparición. El VHB, virus linfotrópico, podría ser el estímulo desencadenante para el desarrollo de LPCS, pero actualmente no disponemos de literatura suficiente al respecto.

LUPUS INDUCIDO POR ANTITNF

Lijó Carballeda C, Sardina Ferreiro R, Gómez Buela I, García Alén D, Bravo Blázquez I, Sánchez Trigo S, Cainzos Romero T, Vilariño Maneiro L, Echarri Piudo A.

MEDICINA INTERNA. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE FERROL.

INTRODUCCIÓN: La introducción de los antiTNF α en 1998 marcó el inicio de una nueva era en el tratamiento de las enfermedades inflamatorias crónicas como la Artritis Reumatoide, las Espondiloartritis y las Enfermedades Inflamatorias intestinales (EII). Los fármacos antiTNF han demostrado una eficacia clínica superior a los tratamientos clásicos, con un adecuado perfil de seguridad, si bien ocasionalmente pueden presentar efectos secundarios importantes que pueden condicionar la suspensión del fármaco. En relación con el tratamiento antiTNF de la EII, los efectos secundarios más frecuentes son los cutáneos, por lo general leves y suelen resolverse con corticoides tópicos, siendo pocas veces necesaria la suspensión del fármaco.

CASO CLÍNICO: Se presenta el caso de una mujer de 35 años, fumadora, sin antecedentes médicos de interés excepto un aborto diferido. La paciente había sido diagnosticada 6 años atrás de Enfermedad de Crohn (EC) con afectación ileocólica y perianal (A2L3B1 de la Clasificación de Montreal) con artropatía asociada. Dada la refractariedad del cuadro clínico al tratamiento con Azatioprina, se inició Infliximab con una respuesta adecuada, presentando tras la inducción (3ª dosis), una reacción anafiláctica grave durante la infusión. Se cambió el tratamiento a Adalimumab, con buena respuesta. Tras 29 meses de tratamiento continuado, presentó lesiones eritematosas en región nasal, escote, interfalángicas, en dorso de articulaciones, fotosensibilidad y alopecia difusa por lo que se remitió a Consulta de Dermatología, donde se inició tratamiento con esteroides tópicos con mejoría del cuadro. Analíticamente presentaba anticuerpos antinucleares (ANA) positivos a un título 1: 320, patrón homogéneo, con disminución de C3 y C4. Los Anti-DNA y ENAs fueron negativos. Unos meses más tarde presentó nuevo brote grave articular y cutáneo consistente en artralgas generalizadas, lesiones pápulo-edematosas, rosadas, con centro purpúrico y eritema periungueal. Se realizó una biopsia que confirmó Lupus Discoide. Se suspendió Adalimumab y se inicia Prednisona, asociando Metotrexate por la dificultad para el control del brote inflamatorio articular, con buena evolución clínica de las lesiones cutáneas.

DISCUSIÓN: La incidencia global del lupus inducido por anti-TNF es de un 1%. Infliximab y Etanercept son los fármacos que se asocian con más frecuencia, siendo menor la incidencia del mismo en relación con Adalimumab. El lupus inducido por anti-TNF se asocia con la positividad de los ANAs (95%) y los anti-DNA son raramente positivos (<5%). La positividad de los mismos, sin presentar manifestaciones clínicas asociadas, es frecuente y no justifica la suspensión de la terapia. No hay estudios concluyentes que apoyen de manera categórica la contraindicación de la utilización de antiTNF tras el desarrollo de un lupus inducido por estos fármacos, tampoco existe una evidencia científica clara que avale la seguridad del tratamiento con otro antiTNF.

MANEJO EN UN CASO DE BACTERIEMIA POR S. PNEUMONIAE ASOCIADA A CATÉTER VENOSO CENTRAL PARA HEMODIÁLISIS

Lorenzo Castro R; Martínez Vidal AI; Rodríguez Gómez AM; Sousa Domínguez A; Rodríguez Pérez MT, Argibay Filgueira AB; Nodar Germeiras A; Rivera Gallego A.

MEDICINA INTERNA UNIDAD DE INFECCIOSAS. HOSPITAL XERAL DE VIGO.

INTRODUCCIÓN: Streptococcus pneumoniae es la causa más habitual de neumonía y de meningitis adquirida en la comunidad, también ha sido descrito como causa de infecciones nosocomiales. Excepcionalmente puede colonizar catéteres venosos centrales durante la colocación del catéter o bien tras su manipulación por el personal sanitario (nasofaringe) o del propio paciente (pacientes con broncopatía). La tasa de bacteriemia asociada a catéter es en torno al 4%, pero la mortalidad puede llegar hasta el 25%.

OBJETIVO: Presentación de un caso de bacteriemia por S. pneumoniae asociada a catéter venoso central para hemodiálisis y evolución con tratamiento conservador.

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

RESULTADOS: Varón de 65 años portador de catéter de larga duración (tipo Hickman) yugular interno derecho para hemodiálisis que ingresó por fiebre de 24 horas de evolución. Seguido por síndrome antifosfolípido primario con trombosis arterial (cerebral y renal), GMSI y episodio de endocarditis nativa mitral por S. aureus meticilina sensible 1 año antes. Al ingreso presentaba afectación del estado general e hipotensión. En la analítica destacaba leucocitosis (17480/mm3) con neutrofilia, plaquetopenia (52000/mm3) y PCT de 21.18. La radiografía de tórax fue normal. En los hemocultivos extraídos por el catéter se aisló S. pneumoniae, serotipo 10A, siendo negativos los de sangre periférica. Se inició ceftriaxona (7 días) y sellados del catéter con vancomicina (14 días), con resolución del cuadro clínico. Durante el seguimiento (4 meses) no ha presentado recurrencia de la infección. El ecocardiograma transtorácico no visualizó vegetaciones. No se ha encontrado ningún caso publicado de infección de catéter de larga duración por S. pneumoniae.

CONCLUSIONES: S. pneumoniae es causa excepcional de bacteriemia asociada a catéter de larga duración. En estos casos se podría realizar tratamiento conservador, mediante sellado del catéter con glucopeptidos.

MANEJO MULTIDISCIPLINAR DEL PACIENTE SOMETIDO A ARTROPLASTIA ELECTIVA DE CADERA Y RODILLA EN EL HOSPITAL QUIRON A CORUÑA

Meijide H, Serrano J, Porteiro J, Moreno JA, Gonzalez V, Carrero J, Asensio P, Rico P.

MEDICINA INTERNA. SERVICIO DE CIRUGIA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA. HOSPITAL QUIRON A CORUÑA.

INTRODUCCIÓN: La cirugía ortopédica protésica mejora sustancialmente la calidad de vida de los pacientes sometidos a intervención quirúrgica, aunque no está exenta de complicaciones.

OBJETIVOS: Definir el perfil del paciente que se somete a una artroplastia de cadera o rodilla. Evaluar las complicaciones derivadas de dicho procedimiento. Comparar el consumo de recursos respecto a etapa previa a la implantación del programa.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional de cohortes prospectivo llevado a cabo en el periodo comprendido entre Noviembre 2011 - Noviembre 2013 en un hospital de segundo nivel (Hospital Quirón A Coruña). Se recogieron los pacientes sometidos a artroplastia electiva de cadera y rodilla. Se analizaron características epidemiológicas, clínicas, complicaciones médicas y quirúrgicas, tasa infección protésica y la mortalidad global a 30 días. Se compararon resultados globales de consumo de recursos (estancias, gasto farmacéutico) antes y después de la implantación del programa.

RESULTADOS: Se reclutaron un total de 182 pacientes, 70% mujeres, con una edad media de 70, 6 ± 8.1 años. 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 120 artroplastias rodilla, 52 artroplastias de cadera, 6 recambio prótesis rodilla y 4 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 2, 2% (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 98, 4% y fracasó en 3 pacientes (1, 6%), uno de ellos falleció (mortalidad global 0, 5%). Comparando los periodos, se observó una menor estancia media (4.03 vs 3.63), un menor número de estancias en UCI-Reanimación (254 vs 72) y un menor gasto en medicación por paciente (71.17? vs 53.99?) tras la implantación del programa.

CONCLUSIONES: 1-El perfil del 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 multidisciplinaria. 3-En todos los pacientes se logró el cumplimiento de los distintos protocolos vigentes y la conciliación farmacológica evitando errores relacionados con la medicación. 4-De manera indirecta se comprobó un menor consumo de recursos respecto a la etapa previa a la implantación del programa.

MASA CEREBELOSA COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE NEUROSARCOSIDIOSIS

Álvarez Otero J, Lamas Ferreiro JL, González González L, Sanjurjo Rivo A, Gondar Barcala T, Santos Armentia E, de la Fuente Aguado J.

MEDICINA INTERNA, RADIODIAGNÓSTICO. HOSPITAL POVISA.

INTRODUCCIÓN: La sarcoidosis es una enfermedad multisistémica granulomatosa de etiología desconocida que afecta fundamentalmente al pulmón. La afectación neurológica es infrecuente, entre el 5-15% de los pacientes con sarcoidosis.

OBJETIVOS: Aportar un caso de presentación atípica de neurosarcoidosis, recordando que dicha entidad se puede manifestar de múltiples formas tanto clínica como radiológicamente, por lo que debemos incluirla en el diagnóstico diferencial de diversas patologías neurológicas.

MATERIAL Y MÉTODOS: Presentamos el caso de un paciente con neurosarcoidosis que simuló inicialmente una masa cerebelosa.

RESULTADOS: Varón de 37 años que acudió a nuestro centro por cuadro de un año de evolución de cefalea y síndrome vertiginoso intermitente. Una semana antes del ingreso se asoció dolor punzante a nivel cervical. No tenía antecedentes personales de interés, excepto nódulos cutáneos en el año 2000 compatibles con eritema nodoso. En la exploración neurológica no presentaba ninguna focalidad. Se realizó una TC que mostró una lesión ocupante de espacio en vérmix cerebeloso con hidrocefalia supratentorial y discreta herniación de las amígdalas cerebelosas. Con la sospecha de neoplasia, se realizó estudio de extensión, demostrándose la existencia de adenopatías en múltiples territorios y un patrón intersticial pulmonar compatibles con sarcoidosis. Se objetivó ECA elevada e hipercalcemia, así como una alteración leve de la difusión pulmonar. La biopsia transbronquial demostró la presencia de granulomas no necrotizantes. Se inició tratamiento con corticoides con buena respuesta clínica y radiológica, observándose resolución de la masa en vérmix cerebeloso y desaparición de la hidrocefalia.

CONCLUSIONES: La neurosarcoidosis es una entidad infrecuente que puede presentarse con síntomas muy diversos. Es importante identificarla, ya que puede producir cuadros clínicos muy graves y su respuesta a tratamiento corticoideo suele ser muy favorable.

MASAS MUSCULARES COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE UN LINFOMA

Sardina Ferreiro R, Gómez Buela I, Lijó Carballeda C, García Alén D, Bravo Blázquez I, Pardo Souto MC, Sánchez Trigo S, Cainzos Romero T, Vilariño Maneiro L, Sesma Sánchez P.

SERVICIO DE MEDICINA INTERNA, SERVICIO DE RADIOLOGÍA. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE FERROL.

INTRODUCCIÓN: Aproximadamente un tercio de los LNH tienen una localización extranodal, con afectación más frecuente a nivel del tracto gastrointestinal, de la piel y del sistema nervioso central. La afectación muscular es excepcional.

CASO CLÍNICO: Presentamos el caso de un varón de 72 años, con antecedentes de hipertensión arterial y dislipemia, que consultó por aumento progresivo del perímetro del miembro inferior derecho

(MID) de 1 mes de evolución. En la exploración física presentaba un edema severo del miembro inferior derecho, desde la raíz del muslo, con signo de Homans positivo. El resto de la exploración física era normal. Se realizó una ecografía doppler que mostró una TVP fémoro-poplítea. Se observó, además, una distorsión de la arquitectura muscular en el cuádriceps adyacente, con edema subcutáneo. El estudio de laboratorio evidenció una elevación de LDH, con beta-2-microglobulina normal y proteinograma sin pico monoclonal. Se realizó una RMN del MID que confirmó la existencia de dos masas tumorales, de alrededor de 20 cm de eje mayor, a nivel de la musculatura posterior del muslo y de la región inguinal (esta última, se continuaba hacia el interior de la pelvis). Una TC toraco-abdomino pélvica reveló, además, un conglomerado adenopático retroperitoneal. Se efectuó una biopsia con aguja gruesa de la masa del muslo con resultado de linfoma no Hodgkin (LNH) difuso de célula grande B.

DISCUSIÓN: El linfoma muscular primario es una entidad poco frecuente. Su incidencia en las series publicadas oscila entre el 1, 5% de los LNH y el 0, 5% de los LH, con un predominio de los casos LNH de células B. Generalmente tienen una presentación clínica insidiosa, con dolor y aumento del perímetro del miembro afecto, sin existir, en muchos casos síntomas B. La edad media de presentación es de 70 años, y la localización muscular más frecuente, son las extremidades inferiores, generalmente en el muslo. Se ha postulado, en algunos estudios, la posible existencia de una relación causal con una estimulación mecánica previa. La RMN es el estudio más útil para su caracterización. Se presentan como una masa focal o difusa hipointensa en T1 e hiperintensa en T2, con afectación segmentaria y multicompartimental, siendo muy específica la existencia de trabeculación y adelgazamiento cutáneo, así como la existencia de vasos en su interior. El diagnóstico diferencial debe hacerse principalmente con el histiocitoma fibroso maligno, diversos tipos de sarcomas, así como metástasis de órganos sólidos, fundamentalmente de tumores pulmonares, gástrico-intestinales o renales.

MENINGITIS BACTERIANA POSTQUIRÚRGICA POR LISTERIA MONOCYTOGENES

García Alén D, Lijó Carballeda C, Sardina Ferreiro R, Gómez Buela I, Bravo Blázquez I, Sánchez Trigo S, Cainzos Romero T, Gómez Canosa S.

MEDICINA INTERNA COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE FERROL. UCI COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE FERROL. ARQUITECTO MARCIDE.

INTRODUCCIÓN: Listeria monocytogenes es un bacilo gram positivo intracelular, ampliamente distribuido en la naturaleza, siendo la tercera causa más frecuente de meningitis bacteriana en nuestro medio. A continuación se presenta un caso clínico de meningitis bacteriana por Listeria monocytogenes en un paciente con intervención quirúrgica cerebral previa.

CASO CLÍNICO: Varón de 78 años, intervenido quirúrgicamente de una lesión parietal izquierda (exéresis completa), altamente sugestiva de metástasis cerebral, una semana antes de su ingreso actual. Recibe tratamiento con dexametasona a dosis elevadas desde el momento de su diagnóstico (mes y medio). El paciente acudió al servicio de urgencias por presentar torpeza motora en extremidades inferiores, acompañada de alteración del lenguaje y fiebre. Estando en urgencias, presenta un episodio de crisis comicial tónico-clónica generalizada autolimitada. En la exploración física presentaba auscultación cardiopulmonar, exploración abdominal y de extremidades inferiores estrictamente normal. Neurológicamente, destaca un nivel de consciencia fluctuante, con un Glasgow entre 9 y 11, con meningismo, movimientos oculares asimétricos y reflejo plantar bilateral flexor. Como pruebas complementarias se realizan una TAC craneal, que no mostraba cambios agudos, y una punción lumbar, obteniéndose en el líquido cefalorraquídeo (LCR) 290 células (90% polimorfonucleares), proteínas 112 mg/dL y glucosa de 103 mg/dL (glucemia de 170 mg/dL). Se realizaron también petición de cultivo en LCR, antígenos de Haemophilus influenzae, Streptococcus pneumoniae y Neisseria meningitidis A, B y C, y hemocultivos. Con la sospecha diagnóstica de una meningitis bacteriana postquirúrgica precoz, el paciente es ingresado en la Unidad de Cuidados Intensivos y se inicia tratamiento antibiótico de amplio espectro con cefepime y linezolid, asociándose fármacos anticósmicos y corticoterapia. Tanto el cultivo del LCR como los hemocultivos resultaron positivos para Listeria monocytogenes, modificándose el tratamiento antibiótico dirigido con ampicilina y gentamicina. El paciente evolucionó de forma desfavorable, siendo exitus a los cinco días de su ingreso.

DISCUSIÓN: La meningitis bacteriana por Listeria monocytogenes afecta fundamentalmente a pacientes inmunodeprimidos o con comorbilidades asociadas, como es el caso de nuestro paciente, que recibía altas dosis de corticoides, aunque también puede ocurrir en pacientes sin ningún factor de riesgo. Se estima que la incidencia de meningitis bacteriana aguda por Listeria está entre un 5-10% en Norte América y Europa. En conclusión, hay que tener un alto grado de sospecha de etiología por dicho bacilo en infecciones graves del sistema nervioso central, sobre todo en pacientes ancianos e inmunosuprimidos.

MIOCARDIOPATÍA NO COMPACTADA Y TROMBOSIS VENOSA PERIFÉRICA

Verdeal Dacal R, Clavero Fernández E, Suárez Fuentataja R, Otero González I.

MEDICINA INTERNA. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO A CORUÑA.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: La miocardiopatía no compactada (MCNC) es una cardiopatía genética primaria caracterizada por una pared miocárdica alterada con trabéculas prominentes y recesos intertrabeculares que resultan de la no compactación del ventrículo izquierdo (VI) en la etapa fetal y la formación de dos capas de miocardio, compactado y no compactado. Su clínica principal es fallo cardíaco, arritmias y tromboembolismos. Su diagnóstico se hace por criterios ecocardiográficos con apoyo del TAC, RMN cardíaca y test genéticos. Su manejo abarca desde el tratamiento de sus complicaciones hasta el trasplante.

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

RESULTADOS: Varón, 54 años, padre con cardiomegalia no filiada, pólipos de colon sin displasia, anemia crónica desde hace un año, ingresa por neumonía bilateral y anemia severa. Al ingreso se administra hierro parenteral por vía periférica en miembro superior izquierdo, presentando horas después edema y dolor en este miembro. Ante empeoramiento respiratorio se realiza angioTAC que muestra gran cardiomegalia y trombosis de las venas subclavia, axilar y yugular interna izquierdas, sin TEP. Se completó estudio con endoscopias alta y baja, sin hallazgos salvo pólipo rectal con displasia

de bajo grado. Fóllico, B12, TSH, autoinmunidad, ferrocínica, haptoglobina y Coombs evidenciaron anemia ferropénica y TAC cervical, abdominopélico y marcadores tumorales no vieron datos de malignidad. El ETT mostró FEVI del 17% y morfología de trabeculación gruesa sugestiva de no compactación miocárdica apical del VI. Se realizó estudio de coagulación que no mostró datos de hipercoagulabilidad y RMN cardíaca que confirmó una MCNC.

CONCLUSIONES: La MCNC se asocia a eventos tromboticos de diversos tipos. En este caso su trombosis parece más en relación con episodio de tromboflebitis pero se necesitan más estudios que aclaren qué favorece la procoagulabilidad de esta cardiopatía y que pudiera influir en este paciente.

MODELO DE ASISTENCIA COMPARTIDA EN HOSPITAL QUIRON A CORUÑA. ADSCRIPCIÓN DE UN INTERNISTA A UN SERVICIO DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA. ENCUESTA DE OPINIÓN

Meijide H, Porteiro J, Serrano J, Moreno JA, Gonzalez V, Carrero J, Asensio P, Rico P.

SERVICIO DE MEDICINA INTERNA. SERVICIO DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA. HOSPITAL QUIRON A CORUÑA.

INTRODUCCIÓN: Estudios previos han demostrado que la atención a los pacientes ingresados en los Servicios de Cirugía Ortopédica y Traumatología (COT) puede beneficiarse de la colaboración de médicos clínicos.

OBJETIVOS: Analizar en una encuesta de opinión el nivel de satisfacción tanto del personal facultativo de COT como del personal de Enfermería tras la implantación del programa de Internista de Proceso Quirúrgico con la adscripción de un internista al equipo. Conocer el grado de satisfacción de los pacientes.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se recogieron los pacientes sometidos a artroplastia electiva de cadera y rodilla en el seno del programa internista de proceso quirúrgico entre Noviembre 2011- Noviembre 2013. En Enero 2014 se realizó una encuesta de 10 preguntas (adaptada de Huddleston et al) confidencial y anónima al personal de COT y Enfermería para conocer el nivel de satisfacción con el actual modelo de trabajo de asistencia compartida. Todos habían trabajado con ambos modelos. Las preguntas eran de tipo cerrado, con 5 posibles respuestas. Se escogió una muestra al azar de pacientes intervenidos durante un periodo de 2 meses consecutivos y mediante sistema de llamada telefónica se preguntó por el grado de satisfacción sobre el equipo multidisciplinar que lo había atendido.

RESULTADOS: Se incluyeron en el periodo de estudio 182 pacientes, 70% mujeres, con una edad media de 70, 6 ±8.1 años. El 44% tenían un Índice de Charlson ≥2, el 82% un riesgo anestésico ASA ≥2 y el 55% tenían algún grado de dependencia (Escala Cruz Roja ≥2). Hasta un 63% de los pacientes tomaban 4 o más fármacos. Completaron la encuesta 7 facultativos COT y 16 DUE. Tanto el personal de enfermería como el personal facultativo de COT prefieren claramente el sistema de trabajo multidisciplinar. Destaca el mayor grado de satisfacción en el colectivo COT. El personal DUE puntúa más bajo la comunicación (3, 6±1, 2) y la coordinación entre el personal facultativo (3, 7±1). La calidad de la atención médica (4, 7±0, 5) y la celeridad de atención ante un problema post-operatorio (4, 5±0, 7) fueron muy bien valorados. Contestaron a la encuesta telefónica los 26 pacientes correspondientes a las intervenciones de los meses Septiembre - Octubre 2013. Sólo un paciente se mostró poco satisfecho. El 96% se mostró satisfecho con el modelo de asistencia compartida.

CONCLUSIONES: 1-El perfil del paciente que se somete a una artroplastia es una mujer de edad avanzada, con elevada comorbilidad y polifarmacia, lo que evidencia una clara necesidad de un modelo multidisciplinar. 2-En general ambos colectivos prefieren el modelo de asistencia compartida, aunque destaca el mayor grado de satisfacción en el colectivo COT. 3-El personal DUE puntúa más bajo la comunicación y coordinación entre personal facultativo; sin embargo, la calidad de la atención médica y la celeridad de atención ante un problema post-operatorio fueron muy bien valorados. 4- La satisfacción global de los pacientes ascendió a 96%.

MUJER CON HEMOPTISIS Y FIEBRE: HEMOSIDEROSIS PULMONAR IDIOPÁTICA

Clavero E, Rodríguez-Segade S, Marcos P.

MEDICINA INTERNA Y NEUMOLOGÍA. HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE A CORUÑA.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO: La hemosiderosis pulmonar idiopática (HPI) es una entidad rara, de difícil reconocimiento y que implica un amplio diagnóstico diferencial. El diagnóstico final se obtiene por biopsia pulmonar tras excluir otras causas de hemorragia alveolar.

RESULTADOS: Mujer de 38 años fumadora, asmática leve que consultó por tos, hemoptisis, fiebre y disnea progresiva las últimas 2 semanas. Se interpretó como infección bronquial y se trató con antibióticos sin mejoría. Estaba pálida, taquipneica y en la auscultación predominaba la hipofonesis sin broncoespasmo. Se objetivó insuficiencia respiratoria, anemia microcítica y ligera leucocitosis, con coagulación y función renal normales. La radiografía de tórax mostró infiltrados micronodulares bilaterales difusos y las auraminas en esputo fueron negativas. Sin exposiciones tóxico-medicamentosas ni clínica sistémica. Los estudios microbiológicos, serológicos, autoinmunidad y ETT fueron normales. La TC mostró afectación difusa con patrón en vidrio deslustrado y micronódulos. La broncoscopia con LBA confirmó la sospecha de hemorragia pulmonar. Ante la ausencia otras causas que justificasen el proceso, se realizó biopsia pulmonar mediante videotoroscopia que confirmó el diagnóstico de HPI. Como complicación se produjo rotura traqueal precisando reintervención con buena evolución. Dadas las potenciales complicaciones de los corticoides orales, se optó por los inhalados con mejoría clínica y radiológica.

CONCLUSIONES: No existen ensayos controlados de tratamiento por lo que la terapia se basa en la experiencia de casos individuales y pequeñas series en los que los corticoides sistémicos reducen la morbimortalidad y la progresión a fibrosis pulmonar. En caso de refractariedad se pueden añadir inmunosupresores. El trasplante no se recomienda por riesgo de recurrencia en el injerto. Existen casos descritos de respuesta a corticoides inhalados cuando no se tolera el tratamiento sistémico como en este caso.

NEOFORMACIÓN TESTICULAR COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE VASCULITIS

Pérez A, Montes J, Estéiz M, López J, Machado B, Fernández J.

MEDICINA INTERNA. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE VIGO.

INTRODUCCIÓN: Las vasculitis son un conjunto de enfermedades caracterizadas por la infiltración de leucocitos en las paredes de los vasos sanguíneos, que causa una desestructuración de los mismos, con el consiguiente riesgo de ruptura, sangrado, oclusión o isquemia. En general, las vasculitis se distinguen en función del tamaño, localización o tipo de vasos que afectan. Estas entidades pueden presentarse de forma aislada o asociadas a otras enfermedades. La infiltración en los diversos órganos genera anomalías en los mismos: hemorragias, isquemia o pseudomasas.

MATERIAL: Reportamos dos casos de vasculitis que cursaron con la aparición de masas testiculares.

MÉTODO: En el primero de los casos, un varón de 45 años de edad, ingresó por dificultad respiratoria e infiltrados pulmonares múltiples, alteración de la función renal y una masa testicular, que inicialmente se sospechó como neoplásica. Tras constatar el diagnóstico de vasculitis necrotizante sistémica, se instauró tratamiento inmunosupresor, alcanzándose remisión sintomática, desapareciendo dicha masa. En el segundo caso, un varón de 51 años, se detectó una masa testicular, que fue extirpada por sospecha de neoplasia. En el estudio anatomopatológico, se apreciaron hallazgos sugerentes de poliarteritis nodosa. El estudio de extensión y de inmunidad fue negativo.

CONCLUSIONES: La aparición de una masa testicular en el seno de una enfermedad vasculítica es un hallazgo excepcional, pero que podemos encontrar en cierto número de pacientes. El principal diagnóstico diferencial es el tumor primario de testículo, neoplasia sólida más común en varones de esta edad. La ecografía testicular sigue siendo el método diagnóstico de elección. En nuestro caso, no hubo elevación de marcadores tumorales típicos de tumor testicular, especialmente en formas metastásicas.

NEUMONÍA COMUNITARIA Y NEUMONÍA ASOCIADA A CUIDADOS SANITARIOS ¿ENTIDADES DISTINTAS?

A. Sousa Domínguez, M.T. Pérez-Rodríguez, N. Val Domínguez, A. Martínez Vidal, A. Rodríguez

Gómez, R. Lorenzo Castro, A. Baroja Basanta, J.M. Gómez Sousa, A. Argibay, A. Nodar

MEDICINA INTERNA-UNIDAD DE PATOLOGÍA INFECCIOSA. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE VIGO- HOSPITAL XERAL

OBJETIVOS: La neumonía asociada a cuidados sanitarios (NACS) se ha asociado con un peor pronóstico y un mayor riesgo de microorganismos nosocomiales que la de adquisición comunitaria. Los objetivos del trabajo fueron comparar las características clínicas, epidemiológicas y terapéuticas, así como los factores de riesgo asociados con mortalidad de estos dos grupos.

MATERIAL Y MÉTODO: De forma retrospectiva se los casos de neumonía comunitaria (NAC) y NACS, entre enero y diciembre de 2013. Se definieron ambos grupos según las guías ATS (2005) y se analizaron las características clínicas, epidemiológicas, tratamiento y evolución clínica de los pacientes.

RESULTADOS: Se identificaron 164 pacientes con neumonía, 66 (40.2%) de ellos cumplían criterios NACS, aunque sólo 4 pacientes (6%) fueron identificados como tal. El 55.5% del total eran mujeres, con una edad media global de 73±16. 7 años. El principal criterio de inclusión en el grupo de NACS fue el ingreso previo reciente (54.5%), seguido de la institucionalización (34.8%). Al comparar ambos grupos se observó una edad superior en los pacientes con NACS (78±13.0 años vs 70±18.2 años; p=0.003), así como un mayor grado de comorbilidad (índice de Charlson 5±2.7 vs 3±2.6, p=0.013) y de gravedad de la neumonía (PSI 4 [2-5] vs 4 [1-5], p=0.003 y CURB-65 2 [0-4] vs 1 [0-4], p=0.005). Se realizó al menos un estudio microbiológico el 84.8% de los pacientes (63.4% antigenurias, 62.8% hemocultivos y 36.6% cultivo de esputo), identificándose el agente etiológico en el 22% de los casos. *Streptococcus pneumoniae* fue el más frecuente en ambos grupos (14 casos, 25% del total de aislamientos) y los microorganismos resistentes (*S. aureus* metilicilina resistente, *Pseudomonas aeruginosa* y *Enterococcus faecium*) se identificaron con mayor frecuencia en pacientes con NACS (10.6% vs 2%, p = 0, 053).

La adherencia a las guías de tratamiento fue del 36% (50% NAC vs 15% NACS, p <0.001). El motivo de la inadecuación del tratamiento fue sobretreatmento en la NAC (37% NAC vs 0% NACS, p <0.001) e infratreatmento en la HCAP (15.3% NAC vs 81.8% NACS, p <0.001). La duración del ingreso fue superior en los paciente con HCAP (14 [2-60] días vs 10 [2-77] días, p = 0, 022), así como en el tratamiento antibiótico endovenoso (8 [0-26] días vs 5 [0-25] días, p <0, 001).

La mortalidad fue 18%, siendo significativamente superior en NACS (9% VS 31%; p<0.001). En el análisis multivariado los factores que se asociaron con una mayor mortalidad fueron el score de Pitt (OR 1, 8 IC al 95% 1, 2-5, 3), la edad superior a 70 años (OR 9, 2, IC al 95% 6, 2-15, 3) y el diagnóstico de NACS (OR 4, 0 IC al 95% 1, 3-7, 9).

CONCLUSIONES: La neumonía asociada a cuidados sanitarios es una categoría muy poco reconocida como tal pese a presentar un peor pronóstico. El diagnóstico etiológico se logró en un porcentaje bajo de los casos. La mortalidad se asoció significativamente con la edad, con el diagnóstico de NACS y con la gravedad de la infección pero no con el tratamiento empírico o adherencia a las guías terapéuticas.

NEURITIS ÓPTICA POR ANTI-TNF EN PACIENTE CON ENFERMEDAD DE BEHÇET

Soto Peleteiro A, Gómez Sousa JM, Rodríguez Gómez A, Alonso Parada M, Lorenzo Castro R,

Baroja Basanta A, Freire Dapena M, Rivera Gallejo A.

UNIDAD DE TROMBOSIS Y VASCULITIS, SERVICIO DE MEDICINA INTERNA. HOSPITAL XERAL-CIES DE VIGO. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE VIGO (CHUV).

INTRODUCCIÓN: Los agentes inhibidores del factor de necrosis tumoral (TNF) son cada vez más empleados. Su uso se ha relacionado recientemente con la aparición de enfermedad desmielinizante.

OBJETIVOS: Describir un caso clínico de neuritis óptica (NO) por anti-TNF y revisar la literatura.

MATERIAL Y MÉTODOS: Revisión retrospectiva de la historia clínica de nuestro paciente y búsqueda relacionada en MEDLINE.

RESULTADOS: Varón de 18 años con enfermedad de Behçet definida diagnosticada en 2012 en base a aftas orales de repetición, pseudofoliculitis, paniculitis, vitritis y vasculitis retiniana. Inicialmente tratado con prednisona y azatioprina con mala respuesta. En 2013 se inició adalimumab con control completo. Consulta por pérdida de agudeza visual en ojo derecho de 48 horas de evolución, observándose en la exploración un escotoma casi total y una papila pálida. Análiticamente sin alteraciones significativas y citobioquímica de LCR normal. Los potenciales evocados visuales (PEV) muestran signos de NO leve. La RM no evidencia alteraciones de señal. Se decide suspender adalimumab por su probable implicación en base a casos descritos previos y se prescriben pulsos de metilprednisolona, recuperando el paciente la agudeza visual de forma completa con evidencia de mejoría en los PEV. Aunque la NO puede ser una manifestación de neuro-Behçet, su aparición y la de otros trastornos desmielinizantes se ha relacionado con el empleo de anti-TNF. Una revisión reciente identificó 21 casos de NO en pacientes tratados con adalimumab (4), infliximab (12) y etanercept (5). Su mecanismo no ha sido aclarado. La experiencia en el manejo de esta entidad es escasa; en general se recomienda su interrupción y bolos de corticoides.

CONCLUSIONES: En entidades como la enfermedad de Behçet en las que la NO puede ser un síntoma, es necesario tener en cuenta la enfermedad desmielinizante por anti-TNF si están siendo empleados, ya que se recomienda su suspensión.

NO TODA MASA ES UNA NEOPLASIA

Gómez Buela I, Sánchez Trigo S, Sardina Ferreira R, Lijó Carballeda C, García Alén D, Bravo Blázquez I, Caiznos Romero T, Vilariño Maneiro L, Barbagelata López C, Fernández Bouza E, Mella Pérez C.

MEDICINA INTERNA. COMPLEXO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE FERROL.

INTRODUCCIÓN: Ante la presencia en un estudio radiológico de una masa pulmonar con características compatibles, la sospecha predominante suele ser de neoplasia. Sin embargo existe patología principalmente vascular e infecciosa que ha de ser descartada.

CASO CLÍNICO: Presentamos el caso de una paciente de 62 años sin antecedentes de interés, que consulta por cuadro de tos con expectoración hemoptoica, síndrome general y fiebre; en la radiografía de tórax se observaron múltiples lesiones pulmonares. Se realizó TC tóracoabdominal objetivándose una masa hilar derecha con compresión bronquial, múltiples nódulos en ambos parénquimas pulmonares y adenopatías mediastínicas. Se instauró tratamiento antibiótico y corticoideo por datos de sobreinfección respiratoria con mejoría del cuadro. Ante la sospecha de neoplasia de pulmón se realizó fibrobroncoscopia con biopsia a nivel de la estenosis bronquial que parecía infiltrada; histológicamente no presentaba datos de malignidad. Los diversos cultivos microbiológicos fueron negativos. Se decidió realizar punción de la masa guiada por TC que resultó también negativa para malignidad, con infiltrado inflamatorio constituido por linfocitos, polimorfonucleares, histiocitos y macrófagos hemosideróforos. Análiticamente presentaba elevación de reactantes de fase aguda (RFA), leucocitosis con neutrofilia sin eosinofilia, trombocitosis y, progresivamente, anemia e insuficiencia renal, con proteinuria en rango no nefrótico y hematuria. Teniendo en cuenta estas alteraciones, la negatividad de la Anatomía Patológica y la mejoría radiológica tras corticoterapia, se decidió realizar biopsia renal que fue sugestiva de glomerulonefritis necrotizante paucimmune; los ANCA-PR3 fueron positivos (39) y los ANCA-MPO, antinucleares y anti-membrana basal glomerular negativos. Con el diagnóstico de Granulomatosis con poliangeítis (GPA) se inició tratamiento con pulsos de Ciclofosfamida (CF) y Metilprednisolona seguida de Prednisona, con mejoría clínica, analítica y radiológica del cuadro, y descenso de los ANCA-PR3.

DISCUSIÓN: La GPA (Wegener) es una vasculitis de pequeño vaso, incluida dentro de las vasculitis asociadas a Anticuerpos Anti-Citoplasma de Neutrófilo (ANCA). Característicamente, produce afectación pulmonar en forma de infiltrados inflamatorios aunque, ocasionalmente, las características radiológicas son indistinguibles de una neoplasia. La afectación en otros órganos y sistemas, sobre todo renal y otorrinolaringológico puede ayudar a orientar el diagnóstico. La positividad de ANCA-PR3 es muy específica, y aparece hasta en un 40-90% de los casos. El tratamiento, cuando hay afectación importante de órganos diana, debe incluir un tratamiento de inducción con pulsos de Metilprednisolona (seguidos de corticoides en dosis de 1 mg/kg/día) y pulsos de CF, y con tratamiento de mantenimiento con dosis bajas de corticoides y Azatioprina.

OSTEOMIELITIS CLAVICULAR POR E. COLI

Lorenzo Castro R, Sousa Dominguez A, Soto Peleteiro A, Gomez Sousa JM, Vazquez Triñanes MC, Martínez Vidal AI, Rodríguez Gomez AM, Perez Rodriguez MT, Argibay Filgueira AB, Nodar Germiñas A, Rivera Gallego A.

MEDICINA INTERNA UNIDAD DE INFECCIOSAS. HOSPITAL XERAL DE VIGO.

INTRODUCCIÓN: La osteomielitis clavicular es una entidad infrecuente que puede producirse bien por contigüidad (tras cirugía de cuello, radioterapia, cateterismo subclavia), bien por diseminación hematogena. El agente más frecuente aislado es *S. aureus* (80%), también se han descrito casos por *Streptococcus*, *Klebsiella*, *Bacteroides* y *E. coli*.

OBJETIVOS: Presentación de un caso de osteomielitis clavicular por *E. coli*.

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

RESULTADOS: Mujer de 56 años con tumoración supraclavicular izquierda dolorosa desde hacía 2 meses. No traumático, cuadro constitucional o fiebre. Histerectomizada con doble anexectomía hacía 6 meses por adenocarcinoma de endometrio; después recibió braquiterapia sin recidiva actual. En la juventud había presentado bocio multinodular por lo que se le realizó tiroidectomía izquierda y derecha parcial. En la analítica destacaba VSG 111 mm/h y PCR 45 mg/l. Ante sospecha de patología tumoral se realizó TC clavicular y tórax abdominal detectándose masa lítica en esternón, clavicula y arco costal derecho con afectación del parénquima pulmonar adyacente (sin recidiva tumoral ginecológica). Se realizó PAAF, con obtención de 6 muestras que no fue diagnóstica por lo que se solicitó biopsia ósea abierta. En todas las muestras todas se aisló *E. coli*. Se inició trimetropim-sulfametoxazol y ciprofloxacino (según antibiograma) con mejoría. Tras revisión de la historia sólo se encontró como posible fuente del *E. coli* la manipulación repetida de la vía urinaria (sondajes recurrentes) en los ciclos de braquiterapia. En la literatura la infección por *E. coli* extrarínario a nivel óseo es excepcional, los casos encontrados fueron como el expuesto y otro en una falange.

CONCLUSIÓN: La osteomielitis clavicular por *E. coli* es una entidad rara y que aunque a priori no exista sospecha de infección, se deben enviar muestras óseas para cultivo, ya que es la única forma de llegar al diagnóstico.

PACIENTE CON FALSA HEMOPTISIS, HEMARTROS Y LESIONES CUTÁNEAS

Suárez R, Aparicio M, Verdeal R, Clavero E, García J, Busto E.

NEUMOLOGÍA-MEDICINA INTERNA. CHUAC.

INTRODUCCIÓN: La hemoptisis es una causa frecuente de ingreso hospitalario. Entre la etiología más frecuente destaca la bronquitis, neoplasias, bronquiectasias, neumonía o absceso pulmonar y TB. En ocasiones es difícil localizar la causa del sangrado precisando descartar el origen del mismo a nivel digestivo y ORL.

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

RESULTADOS: Paciente de 47 años indigente, con alimentación exclusiva a base de arroz, que ingresa en Octubre del 2013 por un cuadro de tos ocasional con episodios aislados de expectoración hemoptoica de 2 meses de evolución, junto con dolor y aumento del volumen de rodilla izquierda. Presenta boca séptica con piezas dentales móviles y encías engrosadas con tendencia al sangrado. No presenta adenopatías palpables, sin alteraciones cardiopulmonares. A nivel cutáneo destaca la presencia de lesiones cutáneas simétricas en ambos miembros inferiores tipo púrpura folicular (figura 1). Los datos analíticos reflejaban anemia normocítica normocrómica, sin alteraciones a nivel de bioquímica y coagulación. En la placa de tórax no presenta alteraciones agudas y en la radiografía de rodilla izquierda se objetiva derrame a nivel articular. Como otros estudios complementarios se llevó a cabo la punción de la rodilla izquierda en la que se objetivó importante hemartros (43.000 hemates por litro). Se descartaron otras causas de hemoptisis tales como TB, infecciones respiratorias, alteraciones de la coagulación, etc. El diagnóstico se obtuvo mediante biopsia de las lesiones cutáneas (figura2), altamente sugestivas de escorbuto; y la determinación en sangre de los niveles de ácido ascórbico, siendo estos 22 ng/ml (valores normales: 30 - 100) confirmándose el diagnóstico de escorbuto.

CONCLUSIONES: El escorbuto es un trastorno nutricional tratable que puede llevar a la muerte del paciente si no se diagnostica a tiempo.

PANCREATITIS AGUDA Y SÍNDROME HEMOLÍTICO URÉMICO

Bravo Blázquez I, Lijó Carballeda C, Sardina Ferreira R, Gómez Buela I, R García Alén D, Sánchez Trigo S, Caiznos Romero T, Vilariño Maneiro L, López Vázquez M, Arrojo Alonso F.

MEDICINA INTERNA. COMPLEXO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE FERROL.

INTRODUCCIÓN: Descripción de un caso de SHU que se presentó en el contexto de pancreatitis aguda de probable etiología enólica.

CASO CLÍNICO: Varón de 38 años, fumador y bebedor activo, que consultó por cuadro clínico de horas de evolución, consistente en dolor abdominal intenso y continuo, predominante en hemicóndomo superior, asociado a náuseas, vómitos biliosos y coluria. No refería fiebre o alteración del hábito intestinal. En la exploración física destacaba un abdomen doloroso a la palpación de predominio en hipocondrio derecho, con ruidos hidroaéreos disminuidos. A su llegada a urgencias se realizaron hemograma, bioquímica y coagulación, donde destacaban: creatinina 2.15, amilasa 1127 y 68000 plaquetas. Se realizó también ecografía abdominal, compatible con pancreatitis aguda. Durante su estancia en Urgencias, el paciente desarrolló oligoanuria a pesar de sueroterapia intensiva, así como deterioro de la función renal y trombopenia progresivas, por lo que fue trasladado a la Unidad de Cuidados Intensivos. Allí se intensificó soporte fluidoterápico y se pautó tratamiento diurético, a pesar de lo cual persistía la anuria, por lo que se inició hemodiálisis. Simultáneamente, se objetivó en análisis de control anemia progresiva con aumento de LDH y descenso de haptoglobina, ante lo que se solicitaron: frotis de sangre periférica, en el que se evidenció la presencia de esquistoцитos; test de Coombs directo, que resultó negativo; y actividad de la proteasa ADAMTS 13, que fue normal. El paciente fue diagnosticado de SHU y trasladado a hospital de referencia para la realización de aféresis terapéutica con reposición de plasma. Tras la primera sesión, sufrió insuficiencia respiratoria aguda en relación con TRALI (daño pulmonar agudo relacionado con transfusiones), por lo que posteriormente se continuó aféresis terapéutica con reposición de albúmina, recibiendo un total de ocho sesiones, tras las cuales se normalizaron los valores de LDH y plaquetas y desaparecieron los esquistoцитos. La diuresis y la función renal también se recuperaron tras haber recibido un total de 15 sesiones de hemodiálisis. En controles posteriores se solicitó estudio genético de SHU, que aún se encuentra pendiente.

DISCUSIÓN: El SHU es un trastorno de la microvasculatura definido por anemia microangiopática, trombopenia y fracaso renal. Su forma más frecuente (90%) se denomina SHU clásico y se asocia con diarrea causada por *E. Coli*. El 10% restante de los casos, SHU atípico, no se relaciona con mutaciones de genes que codifican elementos de la vía alternativa del complemento. La pancreatitis aguda como posible desencadenante de SHU atípico ha sido descrita previamente en la literatura y aunque la patogenia del mismo está aún sin esclarecer, parece establecido el beneficio de iniciar tratamiento precoz con aféresis terapéuticas o bien con pauta de eculizumab, un anticuerpo monoclonal humanizado de reciente aparición que actúa bloqueando la vía alternativa del complemento.

PATOLOGÍA DE AORTA TORÁCICA (PAT). ANÁLISIS DE 89 PACIENTES

Brea Aparicio R, Diéguez Paz J, Fernández González A, Velo García A, Rios Prego M, Alves Pereira DE, García García JC, Anibarro García I, Núñez Fernández MJ

SERVICIO DE MEDICINA INTERNA. COMPLEJO HOSPITALARIO DE PONTEVEDRA.

OBJETIVO: Conocer las características de los pacientes diagnosticados de patología que afecta a la aorta torácica en nuestro centro.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se analizan retrospectivamente los pacientes diagnosticados de aneurisma, disección de aorta, úlcera penetrante y dilataciones saculares, localizados en la aorta torácica, en un período de 9 años (2005-2013).

RESULTADOS: Son incluidos un total de 89 pacientes (62 varones), la edad media es de 71 años (35-93 años). Se estudian 73 aneurismas, 13 disecciones (6 con aneurisma), 2 dilataciones saculares, 1 úlcera penetrante. Se estableció el diagnóstico de sospecha clínica o por radiografía simple de tórax, en 18 (6 con disección), en el resto fue un hallazgo incidental en una prueba de imagen (75% después de una TAC, 22% tras una ecocardiografía). Entre los factores vasculares no clásicos había: arteritis de células gigantes (3), artritis reumatoide (2), accidente de tráfico (2), sífilis (1), enf Takayasu (1), enf relacionada con IgG4 (1). Entre los factores vasculares clásicos (FVC) destacaba: HTA (74%), tabaquismo (56%), dislipemia (55%); se detectaron 2 o más FVC en el 72% de la serie. Un 38% de pacientes tenían asociado aneurisma aorta abdominal, seguido de enfermedad vascular periférica (32%), cardiopatía isquémica (31%), e insuficiencia renal crónica (24%); tres cuartas partes de los pacientes evidenciaban enfermedad cardiovascular establecida. Los aneurismas se localizaban en aorta ascendente (42) con un tamaño medio de 5'5 cm (4'2-9 cm); aorta torácica descendente (19) con tamaño medio de 4'7 cm (3'1-11'5 cm); todo el arco (13). Fueron intervenidos quirúrgicamente 35 (51% con cirugía abierta; 49% con cirugía cerrada). En el momento del diagnóstico, el 30% de los aneurismas sin disección cumplían criterios de tratamiento quirúrgico. Fallecen el 48% del global. En el grupo de aneurismas sin disección: la mortalidad afecta al 50% de los no intervenidos, 33% en el grupo de cirugía abierta, y 33% en el grupo de cirugía cerrada. En el grupo de disección: fallecen el 88% de los no intervenidos, 75% en el grupo de cirugía abierta, y 33% en el grupo de cirugía cerrada. Los no intervenidos presentan mayor mortalidad global (54%) respecto los intervenidos quirúrgicamente (40%).

CONCLUSIONES: En la patología de la aorta torácica predominan los aneurismas, que afectan preferentemente a varones, siendo su diagnóstico mayoritariamente incidental, tras la realización de una prueba de imagen. Hemos detectado en nuestro centro de forma minoritaria procesos que pueden producir PAT. En la mayoría de la serie se evidencia FVC, destacando la HTA. Como consecuencia existe enfermedad cardiovascular establecida siendo la más frecuente el aneurisma de aorta abdominal (en más de un tercio de la serie). La patología que afecta a la aorta torácica necesita una valoración multidisciplinar por parte de cirujanos cardiovasculares, cardiólogos, radiólogos e internistas.

PATOLOGÍA INFECCIOSA IMPORTADA: HISTOPLASMOSIS AGUDA DISEMINADA DE PRESENTACIÓN ATÍPICA

González Fernández C*, López Mato P, González Noya A, Fernández Regal I, Bustillo Casado M, Naval Calviño G, Fernández Rodríguez R.

SERVICIO DE NEUMOLOGÍA *, MEDICINA INTERNA -UNIDAD DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE OURENSE.

La histoplasmosis es una infección fúngica que con frecuencia es definitoria de SIDA en zonas endémicas. La var. capsulatum es endémica en zonas de América, África y Asia. La var. duboisii sólo existe en África. En Europa es inexistente: casi todos los casos son importados. La infección aguda puede dar una afectación respiratoria de intensidad variable, a menudo benigna en inmunocompetentes. En inmunodeprimidos cursa con frecuencia de forma diseminada, a veces letal. Mujer de 48 años, panameña, que emigró a Galicia hace dos meses. Acude por astenia y rectorragias en las últimas tres semanas. Exploración: caquexia, palidez cutánea y sangre roja con las heces en el tacto rectal. Análisis: Hb 11, 1 g/dL. La rx tórax era normal. Colonoscopia: úlcera rectal de 3x4 cms de diámetro, con hemorragias puntiformes en su base (fig 1). Una semana después de la colonoscopia aqueja fiebre, tos y disnea por lo que vuelve a Urgencias. La rx: infiltrado reticulonodular difuso bilateral (fig 2). Ingresó en la U. Infecciosas y se diagnosticó infección VIH con una carga viral: 448.000 copias/ml (5, 65 log) y CD4: 6 /ml. Análisis: Hb 7, 2 g/dl, LDH: 1890 U/L. En este momento se informa la biopsia de la úlcera rectal (fig 3): macrófagos cargados de estructuras levuriformes intra y extracitoplásmicas características de Histoplasma capsulatum (Gomori- Grocott, hematoxilina-eosina). Se inicio tratamiento con Amfotericina liposomal y Atripla® (efavirenz 600 mg -tenofovir 300 mg -emtricitabina 200 mg /d). La PCR confirma en el LBA, BAS y MO: Histoplasma capsulatum var. capsulatum. En el cultivo se aísla a las 4 S Histoplasma capsulatum en la biopsia transbronquial, LBA y MO. A las 6 S: CD 4: 28/ml, carga viral VIH indetectable, radiografía de tórax normal. En un mundo global podemos atender patologías exóticas cuya evolución puede ser fatal en caso de retraso diagnóstico. Ante una enfermedad respiratoria hay que pensar en histoplasmosis si el paciente viene de área endémica, aunque sea viajero ocasional, aunque sea inmunocompetente. En inmunodeprimidos hay formas atípicas y diseminadas más difíciles de reconocer como síndrome febril, lesiones cutáneas, óseas, o del aparato digestivo. En el caso que presentamos la manifestación inicial fue una hemorragia digestiva por úlcera rectal.

PATRON TEMPORAL DE LA ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA

Puerta Louro RB, Lamas Ferreiro JL, Fernández Fernández FJ, González Vázquez L, Valle Feijoo ML, Álvarez Otero J, Rodríguez Arias M, De La Fuente Aguado J.

MEDICINA INTERNA. POVISA. VIGO.

INTRODUCCIÓN: La enfermedad tromboembólica (ETV), incluyendo trombosis venosa profunda (TVP) y tromboembolismo pulmonar (TEP), es un diagnóstico común en los pacientes ingresados en nuestros hospitales. La incidencia a lo largo del año parece ser diferente según el mes en el que nos encontremos.

OBJETIVO: El objetivo de este estudio fue analizar la incidencia de la ETV en los diferentes meses del año, mostrando cual es su patrón de distribución temporal.

DISEÑO Y MÉTODOS: Realizamos un análisis retrospectivo de todos los ingresos hospitalarios entre cuyos diagnósticos se incluya TVP y TEP desde el 1 de Enero de 2007 al 31 de Diciembre de 2009. Recogimos sexo, edad, y mes en el que se produjo el ingreso del paciente.

RESULTADOS: Identificamos 528 casos, edad media 69 años, 54% mujeres, media de 14 casos al

mes (rango 7-26). El mes con menor número de casos de los años 2007, 2008 y 2009 es el mes de abril con 7, 8 y 11 casos respectivamente, siendo el mes de enero el de mayor número de casos con 14, 16, y 26. La estación con mayor número de casos es el invierno, mientras la de menor número la primavera.

CONCLUSIONES: Hay una mayor incidencia de ETV en los meses de invierno, siendo menor en primavera. Identificar los posibles factores que puedan condicionar esta variación estacional y tratar de corregirlos, si es posible, podría ayudar a disminuir la incidencia de ETV.

PERFIL ACTUAL DE PACIENTES COINFECTADOS VIH_VHC EN EL AREA SANITARIA DE A CORUÑA. IMPACTO ESPERADO DEL TRATAMIENTO CON NUEVOS ANTIVIRALES

Rodríguez-Osorio I, Meijide H, Mena A, Castro-Iglesias A, López S, Vázquez P, Pernas B, Pedreira JD y Poveda E.

GRUPO DE VIROLOGÍA CLÍNICA, INIBIC-COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE A CORUÑA. CHUAC.

INTRODUCCIÓN: La hepatopatía crónica progresa más rápidamente en los pacientes coinfectados VIH-VHC que en los mono infectados. Los nuevos antivirales han demostrado significativa mejora en las tasas de respuesta virológica sostenida en esta población. Sin embargo, su actividad antiviral se ve influenciada por las características del virus y del huésped. Se evaluó el perfil clínico de los pacientes coinfectados VIH-VHC atendidos en una clínica de referencia para predecir el impacto de las nuevas terapias.

MÉTODOS: Se identificaron todos los pacientes coinfectados VIH-VHC con RNA_VHC detectable seguidos en nuestra institución en el último trimestre del año 2013. Se registraron los siguientes parámetros: RNA_HCV, genotipo VHC, experiencia previa con interferón, fibrosis hepática (por elastometría) y alelos IL28B. Del mismo modo, los datos demográficos y los datos sobre el estado de la infección VIH (RNA_VIH, recuento CD4 y terapia antiretroviral) también fueron recogidos.

RESULTADOS: Se identificaron un total de 455 pacientes coinfectados (74 % varones, edad media 43 años). La mayoría (80, 8%) habían sido consumidores de drogas intravenosas en el pasado. El 70, 2% estaban en terapia antiretroviral. La media del recuento de células CD4-T fue de 500 células / ul y 58, 4% de los sujetos tenía RNA_VIH indetectable. En general, la mayoría de los pacientes (80, 4%) fueron naïve a la terapia anti-VHC. La media RNA_VHC fue de 6, 1 ± 0, 9 log UI / ml. Respecto a la distribución de genotipos del VHC: 56, 6% G1; 25, 1% G3; 16, 7% G4 y 1, 6% G2. El 33, 1% de los pacientes tenía fibrosis avanzada (F3-F4). Por último, el 57, 7% de los pacientes presentaba alelos IL28B CT / TT.

CONCLUSIONES: El perfil actual de los pacientes coinfectados VIH_VHC en nuestra Unidad está dominado por grupos difíciles de tratar, como G1/G4 (73, 3%), fibrosis hepática avanzada (33, 1%) y alelos IL28B desfavorables (57, 7%). Por lo tanto, las terapias basadas en antivirales de acción directa podrían ser especialmente recomendadas en esta población.

PERFIL LIPÍDICO EN PACIENTES CON ICTUS ISQUÉMICO

Álvarez Otero J, Puerta Louro R, Rodríguez Arias M, Lamas Ferreiro JL, Gondar Barcala T, De La Fuente Aguado J.

MEDICINA INTERNA. POVISA. VIGO.

INTRODUCCIÓN: El control de los factores de riesgo cardiovascular es importante en los pacientes con evidencia de enfermedad cardiovascular. La hiperlipidemia siendo un factor de riesgo importante para la enfermedad coronaria, parece ser un factor de riesgo más débil para el ictus isquémico.

OBJETIVOS: Determinar el perfil lipídico en pacientes ingresados en nuestro centro hospitalario con el diagnóstico de ictus isquémico.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo y retrospectivo en el que se incluyeron pacientes ingresados con diagnóstico de ictus isquémico entre los meses de enero y diciembre de 2011. Se analizaron las características epidemiológicas y clínicas de los pacientes así como el colesterol total, C-LDL, C-HDL, triglicéridos, además del índice de masa corporal y el hábito tabáquico.

RESULTADOS: Se incluyeron 198 pacientes con edad media de 76 años, 56% mujeres. Las comorbilidades más comunes asociadas fueron hipertensión arterial 70%, diabetes mellitus 26%, fibrilación auricular 25, 8%, insuficiencia renal crónica 17, 2%, arteriopatía periférica 13, 6%, cardiopatía isquémica 8, 6% e insuficiencia cardíaca 8%. La mortalidad fue del 12, 6%. El valores medios del perfil lipídico fue colesterol total 174 (87-341) mg/dl, C-LDL 104 (38-251), C-HDL 45 (19-156) y triglicéridos 126 (32-907). El índice de masa corporal medio fue de 26, 89 (18-39) Respecto al hábito tabáquico de los pacientes eran 20% fumadores y 17% ex-fumadores, mientras un 63 % no fumadores.

CONCLUSIONES: Las diferentes causas de isquemia cerebral en las que la aterosclerosis tiene un papel diferente (importante en la trombosis, mientras no lo es en la embolización y infarto lacunar), puede explicar que un 49% de los nuestros pacientes con ictus isquémico presenten valores de C-LDL menores de 100 mg/dL.

PORFIRIA CUTANEA TARDA E INFECCIÓN POR EL VIH

González Noya A, González Fernández C*, Lopez Mato A, Pérez Carral V, Díaz López MD, Fernández Rodríguez R.

UNIDAD DE INFECCIOSAS - MEDICINA INTERNA Y NEUMOLOGÍA *. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE OURENSE.

Porfiria cutánea tarda (PCT) es la forma más común de las porfirias. A diferencia de otras porfirias que se deben a errores congénitos del metabolismo, PCT es con frecuencia adquirida (75-80% de los casos). La clínica se manifiesta cuando el descenso de la actividad de la enzima uroporfirinógeno-decarboxilasa es > 75%. La etiología de la PCT se relaciona con enfermedades hepáticas causadas por factores exógenos con una etiopatogenia común: depósito de Fe y stress oxidativo en los hepatocitos. Varón de 79 años diagnosticado de infección VIH hace 25 años, en to con lopinavir-r, tenofovir y emtricitabina desde hace 15 años. No tiene coinfección por VHC ni VHB. Tiene lipodistrofia. No consume alcohol. Gota tofácea desde los 40 años. Desde hace años mantiene CV negativa y

CD4 > 750/ml. Hace un año se diagnóstica anemia e IRC ; recibió tratamiento con fe y EPO y fueron retirados tenofovir y emtricitabina. Consulta por ampollas cutáneas que evolucionan a costras en manos y cuero cabelludo desde hace 2 meses (Fig 1-3). Copro+uroporfirinas fraccionadas en orina: coproporfirinas 122 µg/24h, uroporfirinas 6039 µg/24h, pentacarboxil 525 µg/24h, hexacarboxil 2132 µg/24h, heptacarboxil 9225 µg/24h. Ya había sido retirado el Fe hacía 6 meses. Se indicó fotoprotección y tratamiento con hidroxocloroquina 125 mg/semana ; hay una respuesta favorable a los dos meses del tratamiento. La relación entre la infección VIH y la PCT es infrecuente y poco conocida. En los pacientes VIH se encuentra en discusión si el HIV está directamente relacionado con la aparición de PCT o si la concomitancia de otros factores como el VHC, VHB, las drogas hepatotóxicas y el alcoholismo, son las causas desencadenantes. El TARV estaría implicado alterando el metabolismo del Hem al actuar sobre el CYP450. Nuestro enfermo tenía TARV desde larga data y recibió aporte de hierro ; no existían otros factores predisponentes. La PCT mejora con la reducción de los depósitos de Fe a través de sangrías periódicas que reducen también la progresión de la hepatitis crónica por VHC y el riesgo de desarrollar hepatocCa. Bajas dosis de antipalúdicos puede ser un tratamiento alternativo eficaz en la PCT. Debemos pensar en factores de riesgo para la infección VIH en los pacientes con PCT. Asimismo puede ser necesario realizar un estudio de porfirinas en algunos pacientes VIH positivos.

PSEUDOANEURISMA DE ARTERIA PANCREÁTICO-DUODENAL SECUNDARIO A PANCREATITIS CRÓNICA

Romay E*, Ventura P, Piñeiro J, López-Reboiro M, Íñiguez I, Rubal D, Matesanz M, Pombo B. MEDICINA INTERNA. HOSPITAL UNIVERSITARIO LUCUS AUGUSTI.

INTRODUCCIÓN: El pseudoaneurisma de arteria pancreático-duodenal es una complicación rara de la pancreatitis crónica que se produce por agresión enzimática de la pared vascular. La forma de presentación más frecuente tras el dolor abdominal es el sangrado secundario a ruptura del mismo.

MATERIAL Y MÉTODOS: Descripción de un caso y revisión de la literatura a través de la base de datos de Pubmed usando como palabras clave "pseudoaneurysms" y "chronic pancreatitis".

CASO CLÍNICO: Presentamos el caso de un varón de 50 años, exbebedor y diabético, con dolor epigástrico continuo de dos años de evolución, síndrome general y deposiciones melélicas en los últimos 15 días. En las pruebas de laboratorio presenta anemia normocítica normocrómica, ferropenia y colestasis disociada con resto de parámetros normales. Los estudios endoscópicos no demostraron lesiones sangrantes a nivel del tubo digestivo. En el TAC abdominal y la colangiografía se describieron datos de pancreatitis crónica con pseudoaneurisma de arteria pancreático-duodenal de 4cm. Se realizó arteriografía que confirmó el hallazgo y permitió la oclusión parcial del mismo mediante embolización. Dos semanas más tarde precisó nueva arteriografía por episodio de rectorragia consiguiendo en esta ocasión embolización completa.

CONCLUSIÓN: Ante una hemorragia digestiva inexplicada en pacientes con pancreatitis crónica hay que tener en cuenta la posibilidad de complicación por sangrado de pseudoaneurismas. El diagnóstico de confirmación se obtiene mediante arteriografía, que permite la embolización arterial en el mismo acto con una tasa de éxito del 80%, siendo este el tratamiento de elección. A pesar de esto, se han descrito resangrados tras dicha técnica, siendo más frecuente en los primeros 30 días. La tendencia actual ante un nuevo evento hemorrágico es repetir la embolización, reservando la cirugía para situaciones de inestabilidad hemodinámica con una tasa de mortalidad que oscila entre el 12 y el 50%.

QUISTE MESENTÉRICO: UN DIAGNÓSTICO POCO FRECUENTE DE MASA ABDOMINAL

Sardina Ferreiro R, Trigas Ferrín M, Gómez Buela I, Lijó Carballeda C, García Alén D, Bravo Blázquez I, Ferreira González L, Sánchez Trigo S, Cainzos Romero T, Pastor Rubin E. MEDICINA INTERNA. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE FERROL (CHUF).

INTRODUCCIÓN: El mesenterio esta formado por dos hojas peritoneales que fijan las asas del intestino a la pared posterior del abdomen. Se denomina quiste mesentérico a toda tumoración de contenido líquido que se sitúa entre las dos hojas del mesenterio.

CASO CLÍNICO: Se trata de un paciente de 74 años con múltiples factores de riesgo cardiovascular y portador de una prótesis aórtica nofuncionante, que ingresó en nuestro servicio para estudio de cuadro presinco-pal en relación con una fibrilación auricular lenta. Incidentalmente en la exploración física se objetivaba un efecto masa a nivel de fosa ilíaca derecha, móvil, no pulsátil ni dolorosa. El paciente no refería clínica digestiva ni síndrome general. Los estudios de laboratorio con hemograma, bioquímica y hormonas tiroideas se encontraban dentro de los valores de referencia. Se realizó una TAC abdominal que objetivó una masa retroperitoneal derecha, bien delimitada, de gran tamaño (14x13, 6x8, 1 cm) de naturaleza quística, sin nódulos, septos ni calcificaciones en su interior, sugestiva de quiste mesentérico. Al alta se remitió el paciente al servicio de cirugía general para extirpación quirúrgica de la misma; encontrándose en la actualidad pendiente de la intervención.

DISCUSIÓN: Los quistes mesentéricos son tumoraciones benignas poco frecuentes, con mayor incidencia en la edad pediátrica. En adultos representa tan sólo el 1/100000 ingresos hospitalarios. Su etiopatogenia es desconocida. La teoría más aceptada señala que son proliferaciones benignas de tejido linfático ectópico. Lo más frecuente es su aparición en el mesenterio del intestino delgado. De todas las lesiones, las más frecuentes son las de origen linfático y mesotelial. La mayoría presenta un comportamiento benigno aunque algunos de ellos, como el linfangioma quístico y el mesotelioma quístico pueden mostrar un comportamiento agresivo e invasivo. El riesgo de malignización en las series publicadas está en torno al 3%, y se ha puesto en relación con la edad avanzada. Hasta en un 50% de los casos son un hallazgo casual, siendo la exploración física clave para el diagnóstico. La ecografía abdominal y la TAC son las técnicas de imagen para su caracterización. El tratamiento de elección es la exéresis quirúrgica incluso en los casos asintomáticos, por el riesgo de complicaciones (clínica compresiva, hemorragia o infección) y la necesidad de establecer el diagnóstico definitivo.

CONCLUSIONES: El quiste mesentérico es una entidad poco frecuente que debe tenerse en cuenta en el diagnóstico diferencial al detectarse una masa abdominal, y que obliga a realizar más estudios complementarios para su caracterización.

RADIOLÓGIA Y MORTALIDAD EN PACIENTES CON ASPERGILOSIS PULMONAR INVASIVA

Molinos-Castro S*, Rodríguez-Fernández S*, Pesqueira-Fontán PM*, Gayol-Fernández MC*, Balo-Araujo S*, Rial-Rama MP*, García-Suárez F*, Varela-García PM*, Naveiro-Soneira J*, Rodríguez-Framil M*, Padín Paz EM*, Díaz-Peromingo JA*, Pérez del Molino ML*, Iglesias Gallego M*, .

*SERVICIO DE MEDICINA INTERNA, HOSPITAL BARBANZA (A CORUÑA). *SERVICIO DE RADIOLOGÍA, HOSPITAL BARBANZA (A CORUÑA). *SERVICIO DE MEDICINA INTERNA, C. H. U. DE SANTIAGO DE COMPOSTELA (A CORUÑA). *SERVICIO DE MICROBIOLOGÍA, C. H. U. DE SANTIAGO DE COMPOSTELA (A CORUÑA). *HOSPITAL BARBANZA, CHUS.

INTRODUCCIÓN: El conocimiento de las manifestaciones radiológicas en la Aspergilosis pulmonar invasiva (API) es necesario para realizar un diagnóstico precoz e iniciar un tratamiento antifúngico adecuado con el objeto de mejorar la supervivencia.

OBJETIVOS: Ver las alteraciones radiológicas presentes en pacientes con aspergilosis pulmonar invasiva (API) y determinar cuáles se asocian a mayor mortalidad .

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo de pacientes con API en nuestro centro, durante un periodo de 7 años (entre el 1 de Enero de 2007 y el 31 de Diciembre de 2012). Se recogieron variables relacionadas con las alteraciones radiológicas observadas y evaluó la mortalidad relacionada con el Aspergillus al final del episodio. Para la comparación entre grupos se realizó un análisis univariante utilizando test estadísticos paramétricos y no paramétricos según correspondiera, mediante el programa estadístico SPSS v.18.

RESULTADOS: Un total de 66 pacientes fueron incluidos en el estudio (cumplían criterios de API probable según Bulpa y col.). Se realizó TC en 36 pacientes (70.6%) y Rx tórax en 15 (29.4%). Los hallazgos radiológicos observados fueron: consolidaciones ó infiltrados de nueva aparición (n=45, 88.2%), nódulos u opacidades pseudonodulares (n=14, 27.5%), cavitaciones (n=2, 3.9%), signo de árbol en brote (n=20, 55.6%), ground-glass (n=19, 52.8%), nódulos centrolobulillares (n=4, 11.1%), engrosamientos pleurales (n=16, 31.4%) y signo del halo (sólo en 3 pacientes, 8.3%). No hemos encontrado asociación entre alteración radiológica y mortalidad.

CONCLUSIONES: Las alteraciones radiológicas observadas en pacientes con API son variadas y poco específicas, siendo las más frecuentes las consolidaciones ó infiltrados de nueva aparición, imagen de árbol en brote, engrosamientos pleurales y nódulos. No hemos encontrado asociación entre alteración radiológica y mortalidad.

REINGRESO ANTES DE 30 DÍAS. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LOS PACIENTES EN EL ÁREA MÉDICA DE LUGO ENTRE EL 2000 Y EL 2012

Rubal D, Matesanz M, Íñiguez I, Fernández JC, López M, Casariego E. MEDICINA INTERNA. LUCUS AUGUSTI.

INTRODUCCIÓN: Con el paso de los años asistimos al paulatino incremento de los reingresos en los distintos Servicios del Área Médica de adultos de nuestros hospitales. De ellos, los que suceden menos 30 días después del alta previa se producen por un elevado número de razones, entre las que se incluyen las deficiencias de la atención que reducen la calidad de vida del paciente y generan ingresos potencialmente evitables. **OBJETIVO:** Determinar la magnitud de este problema y describir relevancia en el manejo clínico de estos pacientes.

PACIENTES Y MÉTODOS: Estudio descriptivo sobre totalidad de ingresos registrados en todos los Servicios del área Médica del Hospital Universitario Lucus Augusti de Lugo entre 2000 y 2012. Para ello, el registro CMDB del Centro, de base episodio de ingreso, se transformó a una base matricial, donde "cada línea" incluía a un único paciente con la totalidad de sus reingresos. Sobre las misma se realizaron cálculos secundarios (como por ejemplo el tiempo entre ingresos), identificaciones (como el día de la semana) y nuevas clasificaciones (como los motivos del ingreso, estratificando los rutinarios, como tratamientos programados). En el análisis se utilizaron técnicas habituales de estadística descriptiva. En las comparaciones entre estratos sucesivos de variables categóricas se utilizó el test ji al cuadrado de tendencia. La distribución de tiempos se evaluó con gráficos Q-Q. El nivel de significación estadístico fue $p < 0.05$.

RESULTADOS: En el periodo señalado se registraron 139249 ingresos en 62515 pacientes. Tras su primer ingreso, reingresaron dentro de los primeros 30 días tras el alta, el 18, 2% del total de pacientes que reingresaron por segunda vez. Esta cifra se elevó al 24% en el tercer ingreso, al 27, 9% en el cuarto, 31, 4% en el quinto y 36, 2% en el sexto ($p < 0.001$). Tras retirar a los pacientes ingresados para tratamientos, procedimientos diagnósticos o considerados de fin de semana, los resultados fueron totalmente superponibles (18, 1%, 23, 8%, 28, 3%, 30, 9% y 36, 8%, respectivamente). De hecho los reingresos en menos de 7 días oscilaron entre los ingresos 18% entre el 1º y 2º, 16, 8% entre 2º y 3º, 12, 8% entre 3º y 4º, 14, 3% entre 4º y 5º y 16, 3% entre 5º y 6º ($p=NS$). Por el contrario, el porcentaje de reingresos entre 7 y 30 días se incremento de manera paulatina entre los sucesivos reingresos: 33, 5%, 41, 5%, 53, 4%, 60, 3% y 65, 5%, respectivamente ($p<0.001$). Las infecciones respiratorias, insuficiencia cardiaca, descompensación de pacientes con EPOC y la cirrosis hepática son los procesos predominantes en todos los sucesivos reingresos estudiados.

CONCLUSIONES: El porcentaje de pacientes que reingresa antes de 30 días es muy elevado y se incrementa con los sucesivos reingresos. Puesto que el reingreso a tan corto plazo tiene un impacto muy negativo sobre la calidad de vida de los pacientes, es preciso usar alternativas a la hospitalización convencional, sobre todo en aquellos con reingresos múltiples.

SEPSIS POSTESPLENECTOMÍA: NO TODOS SON GÉRMENES CAPSULADOS

Vllariño Maneiro L, Lijó Carballeda C, Orona Naya M, Sánchez Trigo S, Cainzos Romero T, Sardina Ferreiro R, Gómez Buela I, García Alén D, Mariño Calleja A, García Jiménez A. MEDICINA INTERNA. XERENCIA DE XESTIÓN INTEGRADA DE FERROL.

OBJETIVO: Describir un caso atípico de sepsis postesplenectomía (SP) en una paciente vacunada contra gérmenes capsulados. Caso clínico Se trata de una mujer de 51 años que consulta por fiebre

elevada, tiritona y mialgias. Entre sus antecedentes personales destacan una reacción adversa a penicilina en la infancia, LES de 30 años de evolución (tratado con 2.5 mg de prednisona al día), sin actividad, y asma bronquial. Se le practicó una esplenectomía 18 meses antes, con diagnóstico anatomopatológico de LNH-B linfocítico de célula pequeña, en remisión. En los dos meses siguientes a la cirugía es vacunada contra patógenos capsulados y meningococo. Dos días antes de acudir al hospital, sufre una mordedura de su perro en la mano izquierda, constatando, a la exploración física, escara necrótica de 2.5 cm. Presenta afectación intensa del estado general, vómitos y desarrolla progresivamente hipotensión y oligoanuria. Ante la sospecha de sepsis de origen cutáneo, se extraen hemocultivos y se inicia soporte inotrópico, así como antibioterapia empírica (levofloxacino y clindamicina). Se decide modificar tratamiento, iniciando posteriormente meropenem en pauta de desensibilización, que tolera adecuadamente. Ocho días después, se recibe resultado de hemocultivos (positivos para *Capnocytophaga canimorsus*, sensible a amoxicilina-clavulánico, ampicilina y cefotaxima). La paciente evoluciona favorablemente con meropenem (que se secuencia a ertapenem por comodidad de administración), siendo posible el alta tras 14 días de tratamiento antibiótico, sin complicaciones. Discusión La SP es una patología letal en el 50-70% de los casos. Debe sospecharse en todo paciente con asplenia o hiposplenia, síndrome febril y síntomas digestivos o de otra focalidad. Los microorganismos más frecuentemente implicados en su etiología son los gérmenes capsulados (*S. pneumoniae* y *H. influenzae* tipo B) y *N. meningitidis*. *Capnocytophaga canimorsus* ha sido descrito en la literatura como uno de los patógenos responsables de SP en pacientes con antecedente de mordedura de perro o inoculación inadvertida en tejidos excoriados por íntimo contacto con mascotas. En el 80% de los casos, aparece en un paciente con inmunodepresión (alcoholismo, tratamiento esteroideo...). Se trata de un bacilo gramnegativo de crecimiento lento que da lugar a un amplio espectro clínico: meningitis, bacteriemia, endocarditis, artritis, celuitis, etc. Una correcta vacunación contra gérmenes capsulados y la existencia de un factor predisponente (mordedura de perro) hicieron sospechar de inicio una etiología atípica de SP en nuestra paciente, que los estudios microbiológicos confirmaron posteriormente. La amoxicilina-clavulánico constituye el tratamiento de primera línea, aunque se ha encontrado en algunas series que hasta un 30% de las cepas son productoras de BLEE.

SESIONES “CHOOSING WISELY”: ESTIMULANTE Y EFECTIVO INSTRUMENTO PARA MEJORAR LA PRÁCTICA CLÍNICA

Gómez-Tato C, Pérez A, Rodil V, Estévez M, Pérez R, Montes J.

MEDICINA INTERNA. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO. VIGO.

INTRODUCCIÓN: La National Physicians Alliance (EEUU) promovió el proyecto “Choosing Wisely”: Sociedades científicas desarrollarían 5 recomendaciones para uso eficaz de recursos, en relación con pruebas diagnósticas-terapéuticas. Desde 2011, 50 Sociedades publicaron las suyas. El NICE (RU) incluye en sus Guías recomendaciones “Do not do” sobre intervenciones de dudoso beneficio/riesgo o evidencia pobre. El Ministerio de Sanidad español publicó -12/2013- 50 recomendaciones (de 12 Sociedades, con 39 ya adheridas) del “Compromiso por la Calidad de las Sociedades Científicas”. Desde el inicio SEMFYC y SEMI participaron y el Dr. García-Alegria (SEMI) fue nombrado Presidente de la Comisión de desarrollo.

OBJETIVOS: En nuestro Centro a partir de 04/2014 se programaron Sesiones dedicadas a difundir dichas recomendaciones. Esta comunicación muestra sus experiencias preliminares. Métodos. Sobre recomendaciones españolas, un MIR -con tutoría de un staff- eligió 3, evaluó y realizó búsquedas bibliográficas y presentó conclusiones. Se institucionalizaron cada 15 días “Sesiones Choosing”, alternando con tradicionales. Se animó a que MIR rotantes las extendieran por sus Servicios. Se estudia con Docencia su extensión a todo el Centro. Resultados. Se han desarrollado 3 sesiones (MIR Familia: 1; MIR M. interna: 2). Se sugirió para la elección aprovechar experiencia en rotaciones recientes. Se abordó desde imagen en lumbalgia, antibióticos en otitis media o bacteriuria asintomática, uso de omeprazol/AINES o antiagregación en cardiopatía isquémica. El debate suscitó cuestiones trasladables a la práctica habitual (p. ej.: alternativas a AINES y reducción de dosis habituales de paracetamol para prevenir toxicidad). Los participantes expresaron satisfacción por el formato.

CONCLUSIONES: Las sesiones “Choosing wisely” son un instrumento de docencia de MIR/staff altamente estimulante. Sus conclusiones son inmediatamente aplicables y a menudo modifican la práctica clínica rutinaria.

SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO Y AFECTACIÓN CARDIACA

Martínez-Vidal A, Vázquez-Triñanes C, Villaverde-Álvarez I, Rodríguez Gómez A, Lorenzo-Castro R, Soto Peleteiro A, Sousa Domínguez A, Gómez Sousa J, Baroja-Basanta A, Val Domínguez N, Pérez-Rodríguez MT, Argibay Filgueira A, Freire-Dapena M, Rivera Gallego A.

UNIDAD DE TROMBOSIS Y VASCULITIS (TVV), SERVICIO DE MEDICINA INTERNA HOSPITAL XERAL DE VIGO, VIGO (PONTEVEDRA), HOSPITAL XERAL-CIES. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE VIGO.

INTRODUCCIÓN: El síndrome antifosfolípido (SAF) es una entidad en la que se producen tanto complicaciones obstétricas como trombosis en cualquier territorio vascular, afectando a todos los órganos y sistemas del organismo. En torno al 10-20% de los pacientes con SAF pueden presentar afectación cardíaca, alcanzando hasta el 50% en algunas series. Sin embargo, son pocas las series publicadas y la mayoría tienen un corto tiempo de seguimiento.

OBJETIVOS: El objetivo de nuestro estudio es conocer la prevalencia de afectación cardíaca en los pacientes con SAF, así como saber el tipo de afectación más frecuente, los factores de riesgo asociados y la evolución y tratamiento en estos pacientes.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio descriptivo retrospectivo de los casos de SAF definido diagnosticados y seguidos durante un largo periodo en una unidad específica de Trombosis y Vasculitis y revisión de la literatura.

RESULTADOS: Entraron en el estudio 20 pacientes, 65% mujeres, con una edad media de 67, 6±15, 60años [rango 34-84] y un seguimiento medio de 10, 7 años (mediana 11 años). El 75% tenían un SAF primario. Los SAF secundarios (25%) se presentaron en 2 pacientes con LES, 2 con síndrome de Sjögren y 1 enfermedad desmielinizante. El 10% eran SAF obstétricos puros, el 25% tuvieron un evento arterial, el 25% tuvieron un evento venoso y el 40% presentaron eventos mixtos (arteriales,

venosos y obstétricos). El 80% de los pacientes presentaban algún factor de riesgo cardiovascular (HTA, dislipemia, DM tipo 2). De los 20 pacientes el 50% presentaban afectación cardíaca. De estos, el 80% tenían afectación valvular (88% en la válvula mitral), y el 20% presentaron un evento isquémico coronario. Los pacientes con afectación cardíaca eran más mayores (74±12, 4 años vs 61, 2±16, 39 (p=0.06) y el 90% vs 70% (p=0.07) tenían factores de riesgo cardiovascular asociados. Por otro lado, el 90% de los pacientes con afectación cardíaca tenían un SAF primario, y ninguno de los pacientes con SAF puramente obstétrico presentaron afectación a nivel cardíaco. El 70% de los pacientes con afectación cardíaca presentaban positividad de ACLAS y anti-b2micromicroglobulina frente al 30% en el grupo de los que no tenían afectación cardíaca (p 0.027), con valores de IgG ACLAS de 22, 2±15, 65 vs 8, 8±4, 03 (p=0.3), IgM ACLAS de 22, 9±7vs 11, 7± 8, 12 (p 0.3) y anticuerpos anti2glicoproteína de 20, 0±6, 18 vs 8, 3±7, 27 (p=0.2).

CONCLUSIONES: La mitad de los pacientes con SAF tenían afectación cardíaca y ésta fue más frecuente en pacientes de mayor edad y con factores de riesgo cardiovascular asociados. La forma de presentación más frecuente fue la valvulopatía y menos frecuentes los eventos coronarios. Los pacientes con afectación cardíaca tenían positividad para ACLAS y anti2glicoproteína, y a títulos más elevados. No encontramos afectación cardíaca en las pacientes afectas de SAF puramente obstétrico.

SÍNDROME DE EAGLE: UNA CAUSA INFRECUENTE DE SÍNDROME DE HORNER

Enriquez Gómez H, Sánchez Conde P, Araujo Fernández S, Álvarez Otero J, Fernández Fernández FJ, De la Fuente Aguado J.

MEDICINA INTERNA. POVISA.

INTRODUCCIÓN: El Síndrome de Eagle (SE) o Síndrome estilohioideo es el conjunto de síntomas causado por la elongación de la estiloides y/o la mineralización del ligamento estilohioideo por irritación de estructuras anatómicas, vasculares y nerviosas que se encuentran en su vecindad.

OBJETIVOS: Describir el Síndrome de Eagle como causa infrecuente de Síndrome de Horner (SH) mediante la descripción de un caso clínico.

CASO CLÍNICO: Mujer de 71 años que acude a Urgencias por cuadro de cefalea holocraneal de predominio hemisferial derecho, sensación de inestabilidad sin giro de objetos, náuseas ni vómitos y visión borrosa. Quince días antes presentó episodio similar tras giro cefálico hacia la derecha. En la exploración física destacaba anisocoría (miosis derecha), ptosis palpebral y enoftalmos derechos. Se realizaron análisis y radiografía de tórax sin alteraciones, y TC craneal sin patología intracraneal aguda. Se ingresó con el diagnóstico de SH a estudio. Se realizó una RM cerebral que no evidenciaba patología aguda y una TC cervical, informada como apófisis estiloides muy aumentadas de tamaño, sobre todo en el lado derecho, que alcanzan la superficie de la mucosa faríngea, compatible con SE. Se completó el estudio con una angio-TC de troncos supraaórticos que ponía de manifiesto la íntima relación de la apófisis estiloides derecha con la arteria carótida interna derecha. Se estableció, por tanto, causalidad entre el SE y el SH en probable relación con irritación de la vaina nerviosa simpática carotídea. Se consultó con el Servicio de Otorrinolaringología, que procedió a la realización de una cervicotomía bilateral con extirpación de los ligamentos estilohioideos osificados. A los 5 meses postcirugía la paciente presentó resolución completa del SH sin nuevos episodios de inestabilidad.

CONCLUSIONES: El Síndrome de Eagle puede ser causa de Síndrome de Horner, por lo que habría que tenerlo en cuenta en su diagnóstico diferencial.

SÍNDROME DE KOUNIS: A PROPÓSITO DE UN CASO

¹Sánchez Trigo S, ¹Mella Pérez C, ¹Fernández Bouza E, ²Rodríguez Vilela A, ¹Cainzos Romero T, ¹Sardina Ferreiro R, ¹Gómez Buela I, ¹Lijó Carballeda C, ¹García Alén D, ¹Sesma Sánchez P.

¹MEDICINA INTERNA. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE FERROL. ²SECCIÓN DE CARDIOLOGÍA. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE FERROL. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE FERROL.

INTRODUCCIÓN: El síndrome de Kounis (SK) es una angina o infarto de miocardio en el contexto de una reacción alérgica. Se describió en 1991 y se conocen tres subtipos: el tipo I o angina alérgica vasoespástica, el tipo II o infarto de miocardio alérgico y el tipo III o trombosis intrastent con trombo oclusivo infiltrado por mastocitos y eosinófilos. Su fisiopatología no está bien definida y no existe consenso acerca de su tratamiento.

CASO CLÍNICO: Mujer de 49 años, con alergia a ibuprofeno y cacahuets, fumadora, obesa, dislipémica, que ingresó por IAM no Q, Killip 1. Se realizó coronariografía con enfermedad coronaria de 1 vaso, con colocación de un stent fármacoactivo liberador Zotarolimus en DAm, con resultado subóptimo, con implante posterior de stent liberador de Zotarolimus sobre DAp solapado con el anterior. Comentado con Alergia se inició aspirina (AAS) y clopidogrel con buena tolerancia. A las 24 horas del alta, tras la ingesta de AAS y clopidogrel, presentó disnea súbita, exantema pruriginoso, diarrea y alteración en fonación. Acude a urgencias objetivando hipotensión y dolor torácico persistente atípico, con elevación de enzimas de daño miocárdico, por lo que ingresó en la unidad de cuidados intensivos. En electrocardiogramas seriados, se apreció elevación de ST de 1 mm en V1-V2 que posteriormente normaliza. En el ecocardiograma transtorácico (ETT) se apreciaba acinesia medial y distal del tabique interventricular, no presente previamente. Se trató con clopidogrel, anticoagulación con heparina de bajo peso molecular y calcioantagonistas, con buena evolución y se trasladó a planta de cardiología, con la sospecha de SCA con elevación transitoria de ST, reacción alérgica en probable relación con AAS (SK tipo III). Se repitió coronariografía, mostrando trombosis subaguda de los stents. Tras comentar en sesión clínica, se optó por continuar con tratamiento médico, completar pruebas de alergia y valorar posibilidad de cirugía de revascularización coronaria.

DISCUSIÓN: El SK es una enfermedad de prevalencia desconocida. Su pronóstico es bueno más allá de la fase aguda. Se han involucrado múltiples agentes (picaduras de himenópteros, fármacos, alimentos, cosas extrañas) y los fármacos más frecuentemente implicados son los betalactámicos, AINES, anestésicos generales y medios de contraste yodado. Ante una sospecha clínica debe determinarse el nivel de triptasa sérica y monitorizar sus valores tras el inicio de tratamiento, dado que es un marcador útil para el diagnóstico de anafilaxia. No existen guías de específicas de práctica clínica acerca del tratamiento del SK. El tratamiento es el específico del SCA y de la anafilaxia; los fármacos vasodilatadores, incluidos nitratos y antagonistas del calcio son de primera elección. En los pacientes con SK tipo II y alérgicos a AAS pueden realizarse desensibilización a este fármaco.

SÍNDROME DE TROUSSEAU Y PENFIGOIDE AMPOLLOSO PARANEOPLÁSICOS

Gómez Buela I, Sardina Ferreiro R, Lijó Carballeda C, García Alén D, Bravo Blázquez I, Fernández Pérez C, Sánchez Trigo S, Cainzos Romero T, Vilariño Maneiro L, Barbagelata López C, Fernández Bouza E, Mella Pérez C, Monteagudo Sánchez B.

MEDICINA INTERNA. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE FERROL.

INTRODUCCIÓN: Los síndromes paraneoplásicos (SPN) son un grupo heterogéneo de alteraciones causadas por múltiples mecanismos inherentes a una neoplasia subyacente y que se producen a distancia del tumor o sus metástasis, pudiendo preceder al mismo incluso en años.

CASO CLÍNICO: Presentamos el caso de un varón de 54 años, fumador y ex-alcohólico. Consulta por inflamación y dolor en ambos miembros inferiores, objetivándose en la ecografía doppler tromboflebitis superficial (TVS) en ambas venas safenas internas próxima al cayado; la radiografía de tórax mostraba un nódulo pulmonar en lóbulo inferior izquierdo; la TC tóracoabdominal confirmó la existencia de un nódulo de 2 cm y adenopatías mediastínicas. La fibrobroncoscopia fue normal y la biopsia transbronquial de una adenopatía subcarinal fue negativa para malignidad. Se inició tratamiento anticoagulante con heparinas de bajo peso molecular (HBPM) y se solicitó ecobroncoscopia (EBUS). En este período el paciente presentó nuevo episodio de TVS, dolor en fosa renal izquierda demostrándose un infarto renal, bultoma cervical derecho en relación con trombosis yugular y datos de isquemia arterial en miembro superior izquierdo, confirmando trombosis radial crónica mediante angiografía, por lo que se inició tratamiento con heparina no fraccionada intravenosa, no siendo subsidiario de tratamiento quirúrgico/endovascular. Se realizó biopsia mediante EBUS de adenopatía mediastínica con resultado de adenocarcinoma de pulmón; al alta se trató con Tinzaparina aumentando la dosis un 25% en espera de evaluación para tratamiento oncológico. Días después consulta por hemiparesia derecha diagnosticándose de ictus isquémico y aumento de perímetro de miembro inferior derecho en contexto de trombosis venosa profunda, pautándose tratamiento con Tinzaparina con controles con factor anti-Xa y ácido acetilsalicílico. Presentaba además lesiones ampollasas diseminadas realizándose biopsia con diagnóstico de penfigoide ampolloso, iniciándose terapia con corticoides. Dada la recurrencia de fenómenos trombóticos a pesar de tratamiento y la aparición de un nuevo SPN, tras comentar el caso con Oncología se decidió iniciar quimioterapia de forma inmediata, resolviéndose las lesiones cutáneas y no presentando el paciente nuevos eventos isquémicos.

DISCUSIÓN: En 1865 Armand Trousseau describió la asociación de la tromboflebitis migratoria superficial con la presencia de una neoplasia oculta; actualmente el término síndrome de Trousseau se emplea de forma habitual para designar a todos los fenómenos de hipercoagulabilidad, tanto venosos como arteriales, asociados al cáncer; esta asociación está ampliamente demostrada y tiene una fisiopatología compleja y multifactorial. El tratamiento inicial de elección son las HBPM, adaptando la anticoagulación en caso de recurrencia. En numerosas ocasiones el SPN es el que marca el pronóstico de la enfermedad de base y con frecuencia su tratamiento más eficaz es el de la neoplasia subyacente.

SÍNDROME DRESS SECUNDARIO A FENITOÍNA

Álvarez Otero J, Lamas Ferreiro JL, Crillo Calderón I, González González L, Fernández Fernández F, Paz Ferrín J, de la Fuente Aguado J.

MEDICINA INTERNA. HOSPITAL PUVISA.

INTRODUCCIÓN: El síndrome DRESS (Drug Rash with Eosinophilia and Systemic Symptoms) es una reacción de hipersensibilidad tardía mediada por linfocitos T que cursa con erupción cutánea, fiebre, alteraciones hematológicas y síntomas sistémicos. Los fármacos más comúnmente asociados son los antiepilépticos.

OBJETIVOS: Incidir en la importancia de considerar el síndrome DRESS dentro del diagnóstico diferencial del rash cutáneo con clínica sistémica asociada, ya que la precocidad del diagnóstico presenta importantes implicaciones pronósticas.

MATERIAL Y MÉTODOS: Presentamos un caso de Síndrome DRESS asociado a tratamiento con fenitoína.

RESULTADOS: Varón de 64 años que acudió a nuestro centro por un cuadro de 24 horas de evolución de fiebre sin foco y malestar general. Posteriormente se inició un exantema generalizado con lesiones aftosas en orofaringe y edema facial de predominio peribucal. Se trataba de un paciente dado de alta de neurocirugía dos semanas antes con diagnóstico de glioma de alto grado, a tratamiento con fenitoína y dexametasona desde entonces. En la exploración destacaba fiebre de 38,7°C y un rash cutáneo maculopapuloso con afectación facial, de tronco y extremidades, asociado a eritema conjuntival. Análiticamente presentaba eosinófilos de 8,8%, linfocitos activados, GOT 68 U/L, GPT 100 U/L y GGT 357 U/L. Los hemocultivos y las serologías de herpes virus fueron negativas. La radiografía de tórax no mostró alteraciones y la ecografía abdominal únicamente presentó hallazgos incidentales sin relevancia. Con la sospecha de síndrome DRESS se suspendió la fenitoína y se inició tratamiento con prednisona y antihistamínicos con resolución completa en un mes.

CONCLUSIONES: El síndrome DRESS es una entidad infrecuente con una mortalidad de hasta el 10%. Su presentación tardía tras la introducción del fármaco desencadenante puede dificultar el diagnóstico, por lo que es imprescindible sospecharlo en pacientes con lesiones cutáneas y síntomas sistémicos.

TELEMEDICINA: UNA NUEVA FORMA DE CONSULTA ENTRE PROFESIONALES

Pérez Carral V, Pérez Carral O, Rodríguez Álvarez AP, Fernández Regal I, López Mato P, González Noya A, Jiménez Martínez JL, De Toro Santos JM.

COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE OURENSE (CHUO).

INTRODUCCIÓN: En 2012 se crea por parte del Servicio de Medicina Interna del CHUO un programa de Interconsultas vía Telemedicina (TC) para 32 Centros de Atención Primaria (CAP) de la Provincia de Ourense. El programa consta de 7 secciones integradas cada una de ellas por 4 facultativos especialistas y 5-6 CAP asignados por localización geográfica.

OBJETIVOS: Realizar un estudio retrospectivo entre los períodos: Octubre 2013 a Marzo 2014, acerca del funcionamiento y eficiencia del nuevo modelo de TC entre CAP y la especialidad de Medicina Interna.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se han analizado: Número total de TC en un período de 6 meses CAP teleconsultores, número de TC contestadas, período de respuesta, defectos en el sistema, patologías más teleconsultadas, y número de TC resueltas a través de ese medio y las que, a pesar de la TC, precisaron derivarse a Consultas de MI para estudio.

RESULTADOS: ver gráficos adjuntos.

CONCLUSIONES: La TC es una herramienta útil para resolver problemas clínicos sin desplazamiento de los pacientes. El grado de satisfacción de profesionales y pacientes es alto. La implicación del Servicio de M. I. del CHUO ha sido alta en la implementación de este nuevo dispositivo asistencial. Su uso por los médicos de AP es alto, por lo que la TC debería promocionarse desde los Servicios y las Gerencias. A pesar de ser una herramienta novedosa, nuestra experiencia muestra (72.2% de los casos resueltos) que su uso es adecuado y útil, aunque debe mejorarse el formato electrónico para evitar disfunciones. La gran variabilidad en las patologías teleconsultadas, pone en valor la capacidad de integración y resolución de la M. I. como especialidad, también en el ámbito de las modalidades asistenciales no presenciales.

TUBERCULOSIS: LA TRÁGICA ASESINA DE LA "XERACIÓN DOENTE"

Montes-Santiago J.

MEDICINA INTERNA. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO. VIGO.

Rosalía de Castro siempre temió que ella o su familia contrajeran tuberculosis (Tb). Falleció de un cáncer de útero pero sus temores se confirmarían pues su hijo Ovidio, que la retrató en su lecho de muerte, fallecería de ella. A pesar de radicales avances, autoridades recientes alertan del posible rebrote de Tb en países avanzados. D. Young, Director de la Iniciativa para la Vacuna de la Tuberculosis afirma (mayo-2014): "Vamos a ver famosos muriendo de tuberculosis resistente en los países ricos". Aquí se recuerda la tragedia que supuso en los albores del siglo XX el fallecimiento simultáneo de varios prometedores artistas gallegos.

MÉTODO: Estudio patobiográfico de 4 jóvenes pintores gallegos fallecidos de Tb. **RESULTADOS:** F. Bello Piñero y MF Barreiro calificaron de "Xeración Doente" (1922) a 4 pintores fallecidos de tuberculosis cerca de 1900, rondando 30 años. Ovidio Murguía Castro (1871-1900), hijo de Rosalía y Manuel Murguía tras estudiar en Santiago, se trasladó a Madrid, donde siguió un aprendizaje autodidacta, copiando a los Maestros del Museo del Prado. También pinta la figura de Guadarrama y retratos de políticos como Montero Ríos. Realiza algunas exposiciones pero la Tb provoca su muerte (A Coruña, 28). Xenaro Carrero Fernández (1874-1902), nacido en Noia, tras recibir clases en Compostela, se hace discípulo en Madrid de Sorolla. Influenciado por los impresionistas Monet y Pissarro realiza también excelentes retratos de personajes como la Condesa de Pardo Bazán o Montero Ríos. Muere de Tb (Santiago, 28). Ramón Parada Justel (1871-1902). Ingresó en la Academia de San Fernando de Madrid y consigue una beca para Roma. Aborda temas históricos y religiosos, pero al regresar a su Esgos natal (Ourense) se decanta por paisajes y costumbres. La Tb trunca su vida (Ourense, 31). Joaquín Vaamonde Comide (1872-1900). Discípulo en Santiago de Brocos, fue protegido en Madrid de Emilia Pardo Bazán. Allí estudia los Maestros del Prado y realiza retratos de la burguesía. Son conocidos varios de la Condesa. Esta lo erige protagonista de su novela La Quimera. Y en su propiedad del Pazo de Meirás fallece de Tb (28).

CONCLUSIONES: La Tb truncó precozmente a principios del siglo XX las vidas de 4 artistas gallegos. Ante su posible rebrote y dificultad de tratamiento siguen de plena vigencia estrategias de vigilancia y erradicación.

TUMOR MIOFIBROBLÁSTICO INFLAMATORIO DE PULMÓN: PRESENTACIÓN COMO NÚDULOS BILATERALES. RESOLUCIÓN ESPONTÁNEA

Dubois A, Vázquez R, Seoane B, Ramos V, Nicolás R, Penado V, De la Iglesia F.

UNIDAD DE CORTA ESTANCIA MÉDICA. SERVICIO DE MEDICINA INTERNA. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO A CORUÑA.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: El tumor miofibroblástico inflamatorio (TMI) de pulmón es una entidad poco frecuente. Su etiología es desconocida, considerándose desde un proceso inflamatorio reactivo a una neoplasia mesenquimal de bajo grado. El tratamiento de elección es la resección quirúrgica, y cuando esta no es posible la actitud terapéutica no está bien definida.

MÉTODOS: Descripción de un caso clínico de presentación y curso atípicos y revisión de la literatura. **RESULTADOS:** Varón de 65 años, exfumador, con clínica de dos meses de evolución de síndrome general con astenia y pérdida ponderal moderada y 3 semanas de disnea, tos y expectoración, sin fiebre, hemoptisis ni otra clínica. En la exploración física no presentaba alteraciones relevantes excepto crepitantes pulmonares bilaterales. Análiticamente sólo destacaba anemia leve (hemoglobina 11, normocítica). Se realizó radiografía de tórax objetivándose lesiones pulmonares nodulares bilaterales cavitadas, hallazgo que confirmó el TAC. Se completó estudio analítico con parámetros inflamatorios (VSG 120, PCR 10), VIH (negativo) e inmunidad y complemento, ambos normales. Los cultivos de esputo para bacterias y micobacterias fueron negativos. El estudio tomográfico corporal no mostró afectación a otro nivel. Dado que los estudios no resultaron concluyentes se optó por realizar biopsia de lesión nodular guiada por videotoracoscopia. El diagnóstico histológico fue de tumor benigno mesenquimal sugestivo de TMI. Clínicamente mejoró durante su ingreso sin tratamiento específico por lo que se optó por actitud expectante. La radiografía realizada a los dos meses del diagnóstico mostró mejoría parcial de las lesiones, confirmando en TAC a los cuatro meses la resolución completa. Durante el seguimiento al año permaneció asintomático y con normalización de parámetros inflamatorios.

CONCLUSIONES: El TMI de pulmón representa menos del 1% de las lesiones pulmonares reseccadas quirúrgicamente. Su historia natural es variable y, aunque su curso suele ser benigno, existen formas invasivas. Habitualmente se presenta como un tumor solitario y la presencia de enfermedad bilateral

es menos frecuente. En estos casos, donde la resección completa quirúrgica no es posible, se ha descrito tratamiento con corticoides, quimioterapia y radioterapia con gran variabilidad en el resultado. En este caso existió remisión espontánea, que aunque descrita, es rara, sobre todo en los pacientes con lesiones bilaterales múltiples.

UTILIDAD DE LOS SELLADOS EN EL TRATAMIENTO DE LA INFECCIÓN DE CATÉTER CENTRAL DE LARGA DURACIÓN POR ENTEROCOCCUS

¹Rodríguez Gómez A, ¹Pérez Rodríguez MT, ²Martínez-Lamas L, ¹Cidre R, ¹Baroja A, ¹Alonso M, ¹Martínez A, ¹Sousa A, ¹Lorenzo R, ¹Soto A, ¹Gómez Sousa J, ¹Val N, ¹Argibay A, ¹Nodar A, ¹Rivera A, ²Álvarez-Fernández M.

¹UNIDAD DE INFECCIONES. MEDICINA INTERNA. ²SERVICIO DE MICROBIOLOGÍA. HOSPITAL XERAL. CHUMI. VIGO.

INTRODUCCIÓN / OBJETIVOS: El tratamiento conservador con sellados y antibioterapia sistémica de las bacteriemias asociadas a catéter central de larga duración (BCLD) es una opción segura, cuando los microorganismos causales son *Staphylococcus coagulans* negativos o bacilos gramnegativos. Actualmente existen pocos datos sobre el papel de los sellados en el tratamiento de estas infecciones producidas por *Enterococcus*. El objetivo del estudio fue analizar la eficacia y seguridad del tratamiento con sellados en las BCLD por *Enterococcus* sp.

MATERIAL Y MÉTODOS: De forma retrospectiva se revisaron todas las bacteriemias por *Enterococcus* sp entre nov-2009 y oct-2013. Se incluyeron las que cumplían criterios de BCLD (según IDSA 2009) y que habían recibido tratamiento antibiótico sistémico y con sellados. Se analizaron: características de los pacientes, antibiótico elegido y evolución.

RESULTADOS: Se documentaron un total de 157 bacteriemias por *Enterococcus* spp., 15 (9,5%) cumplían criterios de BCLD (11 *E. faecalis* y 4 *E. faecium*, no se identificó ningún caso de *Enterococcus* resistente a vancomicina). La edad media de los pacientes fue de 49 ± 12,4 años y 7 eran varones (47%). El tipo de catéter fue reservorio 13 (87%) y Hickman 2 (13%). En su mayoría eran pacientes hematológicos (93%) y el 83% recibían quimioterapia en el momento de la bacteriemia. El tratamiento sistémico empírico se realizó con teicoplanina (10 pacientes), vancomicina (4) y daptomicina (1), durante 14 ± 4,1 días. Los sellados se realizaron con teicoplanina (10 pacientes, 67%) y vancomicina (5, 33%), durante una mediana de 13 (2-21) días. Únicamente hubo fracaso microbiológico en un caso y ninguna recurrencia. Se retiraron dos catéteres, uno por trombosis y otro por fracaso microbiológico. La mediana de tiempo desde la infección hasta retirada del catéter o fin de seguimiento fue de 9 (0,06-18) meses.

CONCLUSIONES: El tratamiento conservador mediante sellados y antibioterapia sistémica es una estrategia segura en el manejo de la BCLD por *Enterococcus* sp.

VIRUS HEPATITIS C: TRIPLE TERAPIA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL

Álvarez Otero J, Fernández Fernández F, Camba Estévez M, Araújo Fernández S, Enríquez Gómez H, de la Fuente Aguado J.

MEDICINA INTERNA. HOSPITAL POVISA.

INTRODUCCIÓN: El tratamiento del virus de la hepatitis C ha avanzado en los últimos años debido al mejor conocimiento de los mecanismos fisiopatológicos y al desarrollo de nuevos fármacos.

OBJETIVOS: Analizar las características de los pacientes con infección por VHC a tratamiento con triple terapia (interferón, ribavirina y un inhibidor de proteasa, telaprevir o boceprevir), respuesta al tratamiento y efectos adversos.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo y retrospectivo en el que seleccionaron a pacientes con VHC a tratamiento con triple terapia. Se analizaron las características epidemiológicas, genotipo, IL 28, carga viral y elastografía. Se observó la carga viral a las 4 semanas, a las 12, al final de tratamiento y se constató la respuesta viral sostenida.

RESULTADOS: Se incluyeron 25 pacientes, 19 a tratamiento con doble terapia más telaprevir y 6 con doble terapia más boceprevir. La edad media fue 52 años y 76% de varones. Diez (41, 7%) pacientes presentaban genotipo 1A, 13 (54, 2%) genotipo 1B, 1 (4, 2%) genotipo 1C y otro (4, 2%) genotipo 1E. Cinco (20%) pacientes tenían IL28 CC, 11 (44%) CT y 9 (36%) TT. Dieciséis (64%) pacientes habían recibido previamente tratamiento antiviral con interferón y ribavirina (6 no respondedores, 5 recaedores, 3 mala tolerancia y 2 se desconoce). Se realizó fibroscan a 24 pacientes: 1 paciente F2, 14 pacientes F3 y 9 pacientes F4. En 11 pacientes se suspendió el tratamiento antes de la finalización: 8 por efectos adversos (1 paciente pancitopenia, otro neutropenia severa, 3 toxicodermia, 1 mala tolerancia, 1 gingivorragias y otro depresión grave) y 3 por no disminución de la carga viral a las 4 semanas (1 con telaprevir, y 2 asignados a boceprevir lead-in). Doce pacientes completaron el tratamiento y 2 aún no lo han finalizado. En la semana 4: 11 (50%) pacientes presentaron carga viral negativa; en la semana 12: 15 (83, 3%) pacientes tenían carga viral negativa; al final de tratamiento: 10 (100%) pacientes tenían carga viral negativa. Los cinco pacientes que disponemos el RNA 6 meses tras finalizar tratamiento presentaron respuesta viral sostenida: 4 del grupo de tratamiento con telaprevir y 1 con boceprevir.

CONCLUSIÓN: El tratamiento con triple terapia parece ser eficaz aunque presenta un número elevado de eventos adversos, por lo que es fundamental que estos pacientes sean evaluados por clínicos experimentados.

Normas de publicación Galicia Clínica

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 aceptarán 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.

Índice de autores

A

Alende Castro V	87
Alonso M	92, 105
Alonso Mesonero D	86
Alonso Parada M	94, 99
Álvarez Asensio E	91, 92
Álvarez Díaz H	92
Álvarez-Fernández M	105
Álvarez J	87, 93
Álvarez Otero J	89, 91, 92, 96, 98, 101, 103, 104, 105
Alves Pereira DE	100
Anibarro García L	88, 89, 94, 100
Antela A	91, 95
Aparicio M	100
Araújo Fernández S	91, 95, 96, 103, 105
Arca A	87
Arévalo A	93
Arévalo Gómez A	86
Argibay A	87, 92, 105
Argibay Filgueira AB	92, 94, 97, 100, 103
Arrojo Alonso F	89, 100
Asensio P	98, 99

B

Bal Alvarado M	88
Balo-Araujo S	91, 102
Barbagelata López C	86, 93, 100, 104
Baroja A	92, 105
Baroja Basanta A	94, 99, 103
Beceiro Abad MC	95
Bermúdez JR	87
Bermúdez Ramos M	87, 88, 91
Boado Martínez M	91, 92
Bravo Blázquez I	89, 90, 91, 92, 93, 96, 97, 98, 100, 102, 104
Bravo-Ferrer Acosta JM	86
Brea Aparicio R	89, 94, 100
Bustillo Casado M	101
Busto E	97, 100

C

Cainzos Romero T	89, 90, 91, 92, 96, 97, 98, 100, 102, 103, 104
Calviño L	94
Camba Estévez M	105
Campos Franco J	87, 88
Carballo Fernández I	95
Carrero J	98, 99
Casarego E	89, 102
Castelo-Corral LM	86
Castro A	86, 88
Castro-Iglesias A	101
Cidre R	105
Clavero E	97, 99, 100
Clavero Fernández E	96, 98
Codesal Normiella A	88
Coira A	86, 94
Corredoira J	86
Criilo I	93
Criilo Calderón I	104

D

De la Fuente Aguado J	87, 89, 91, 92, 93, 95, 96, 97, 98, 101, 103, 104, 105
De la Iglesia F	88, 104
De Toro M	97
De Toro Santos JM	104
Díaz López MD	97, 101
Díaz Peromingo JA	91, 95, 102
Diéguez Paz J	89, 100
Dominguez Rodríguez T	86
Dominguez T	88
Dubois A	88, 104
Durán Muñoz D	89

E

Echarri Piudo A	97
Edesio Fírvida J	91, 92
Enriquez de Salamanca I	87
Enriquez Gómez H	95, 96, 103, 105
Estévez M	103
Estéz M	99

F

Fachal Bermúdez C	89
Fariña Sarasqueta S	91, 92
Fernández Bouza E	90, 93, 100, 103, 104
Fernández Fernández FJ	89, 92, 95, 96, 97, 101, 103, 104, 105
Fernández González A	89, 100
Fernández I	96
Fernández J	99
Fernández JC	102
Fernández Pérez C	104
Fernández Regal I	86, 94, 97, 101, 104
Fernández Rial A	88
Fernández Rodríguez R	101
Fernández Rodríguez V	90, 93
Fernández Sobrino AM	90, 93
Fernández Somoza JM	87, 88
Fernández Villaverde A	96
Ferreira González L	102
Figuerola López RM	89
Freire Castro S	86
Freire Dapena M	94, 95, 99, 103
Freire S	93

G

García Alén D	89, 90, 91, 92, 93, 96, 97, 98, 100, 102, 103, 104
García García JC	89, 100
García J	100
García Jiménez A	102
García-Pais M ^a J	86
García Poutón N	89, 92, 96
García-Suárez F	91, 102
Gayol-Fernández MC	102
Gómez Buena I	89, 90, 91, 92, 93, 96, 97, 98, 100, 102, 103, 104
Gómez Canosa S	98
Gómez Fernández R	86
Gómez Gigirey A	91
Gómez JM	87, 92
Gómez Sousa J	103, 105
Gómez Sousa JM	92, 94, 99, 100
Gómez-Tato C	103
Gondar Barcala T	89, 92, 96, 98, 101
González A	96
González Fernández C	101
González González L	87, 91, 93, 98, 104
González Lorenzo JR	97
González Noya A	86, 94, 97, 101, 104
González Quintela A	87, 88, 95
González Rodríguez M	93
González V	98, 99
González Vázquez L	97, 101
González-Rivero C	95
Guillén C	95

I

Iglesias Gallego M	91, 102
Íñiguez I	89, 102
Íñiguez Vázquez I	90
Isorna MJ	88
Isusi Moure A	86

J

Jiménez JL	96
Jiménez Martínez JL	104

L

Lamas Ferreiro JL	87, 91, 93, 98, 101, 104
Lijó Carballeda C	89, 90, 91, 92, 93, 96, 97, 98, 100, 102, 103, 104
Linares D	93
Linares García D	86
Linares Modéjar P	86
López-Alvarez M ^a J	86
López Castro J	90, 93
López J	99
López M	102
López Mato A	101
López Mato P	86, 94, 97, 101, 104
López Mourinho VM	91, 92
López P	96
López Reboiro ML	86, 88, 90, 93, 94, 102
López S	86, 88, 101
López Vázquez M	100
Lorenzo Castro R	92, 97, 99, 100, 103
Lorenzo R	92, 105
Losada E	91, 95

M

Machado B	99
Maciá Rodríguez C	87
Marcos P	99
Marey López J	96
Mariño Callejo AI	96, 102
Martínez A	87, 105
Martínez Braña L	88, 91, 95
Martínez-Lamas L	87, 92, 105
Martínez M	95
Martínez Velado E	91, 92
Martínez Vidal A	94, 97, 100, 103
Mateo Mosquera L	87, 91, 95
Matesanz M	89, 102
Matute G	95
Meijide H	86, 88, 98, 99, 101
Mella Pérez C	90, 93, 100, 103, 104
Mena A	86, 88, 101
Míguez Rey E	86
Molinos-Castro S	91, 102
Monteagudo Sánchez B	91, 92, 104
Monte Secades R	88
Montes J	99, 103
Montes-Santiago J	104
Moreno JA	98, 99
Moreno-Lugris C	94
Mosquera Martínez I	91

N

Naval Calviño G	101
Naveiro-Soneira J	91, 102
Nicolás R	88, 104
Nodar A	87, 92, 105
Nodar Germiñas A	92, 97, 100
Novoa Lamazares L	95
Novo Veleiro I	87
Núñez Fernández MJ	89, 100
Núñez MJ	94

O

Orona Naya M	102
Otero Alvarín E	91, 92
Otero Antón E	87, 88
Otero González I	98

P

Padín Paz EM	91, 102
Pallarés A	94
Pardo Souto MC	98
Pastor Rubín E	102
Pato A	93
Paz Ferrín J	104
Pedreira JD	86, 88, 101
Penado S	88
Penado V	104
Pérez A	99, 103
Pérez Carral O	101, 104
Pérez Carral V	86, 94, 97, 101, 104
Pérez del Molino ML	91, 102
Pérez R	103
Pérez Rodríguez MT	87, 92, 94, 100, 103, 105
Pérez V	96
Pérez Valcárcel J	92
Pernas B	86, 88, 101
Pesqueira-Fontán PM	91, 102
Piñeiro Fernández JC	90, 93, 94
Piñeiro J	102
Piñeiro Parga P	86, 91
Pombo B	102
Porteiro J	98, 99
Porto AB	88
Porto Pérez AB	86, 91
Poveda E	86, 88, 101
Puerta Louro R	91, 92, 101

R

Rabuñal Rey R	86, 90, 93
Ramos V	88, 104
García Alén D	100
Rial Rama MP	91, 102
Rico P	98, 99
Ríos Prego M	88, 100
Rivera A	87, 92, 105
Rivera Gallego A	92, 94, 97, 99, 100, 103
Rivera S	93
Rodil V	103
Rodríguez A	87, 93
Rodríguez Álvarez AP	104
Rodríguez Álvarez P	86, 94, 97
Rodríguez Arias M	89, 97, 101
Rodríguez Cordero M	95
Rodríguez-Fernández S	91, 102
Rodríguez-Framil M	91, 102
Rodríguez Gómez A	94, 99, 103, 105
Rodríguez Gómez AM	97, 100
Rodríguez González A	86
Rodríguez I	87
Rodríguez-Macia A	86
Rodríguez Mayo M	86
Rodríguez-Osoño I	86, 88, 101
Rodríguez P	96
Rodríguez Pérez MT	97
Rodríguez-Segade S	99
Rodríguez Vilela A	103
Romay E	89, 102
Romay Lema E	90, 93, 94
Rubal Bran D	88, 90
Rubal D	89, 102

S

Sánchez Conde P	103
Sánchez Pérez-Mel MC	88
Sánchez Sobrino P	88
Sánchez Trigo S	89, 90, 91, 92, 96, 97, 98, 100, 102, 103, 104
Sánchez Vidal E	86
Sanjurjo A	93
Sanjurjo Rivo A	98
Santos Armentia E	97, 98
Sardina Ferreiro R	89, 90, 91, 92, 93, 96, 97, 98, 100, 102, 103, 104

Seco E

Seco E	96
Secane B	88, 104
Serrano J	98, 99
Sesma Sánchez P	90, 93, 98, 103
Sopena Pérez-Argüelles B	89
Soto A	105
Soto Peleteiro A	87, 92, 94, 99, 100, 103
Sousa A	87, 105
Sousa Domínguez A	92, 94, 97, 100, 103
Sousa Regueiro D	86, 91
Suárez Amor OM	90
Suárez Fuentetaja R	86, 96, 98
Suárez Gil R	93
Suárez R	97, 100

T

Tomé S	87, 88
Trigas Ferrín M	102

V

Valcárcel García MA	87, 95
Val Domínguez N	94, 95, 103
Valle Feijoo ML	95, 97, 101
Val N	92, 105
Varela García PM	91, 102
Vares González M	86
Vares M	93
Varez González M	86
Vázquez Ledo L	87
Vázquez P	86, 88, 101
Vázquez R	88, 104
Vázquez Triñanes C	94, 100, 103
Vázquez Vázquez B	93
Velo García A	88, 89, 94, 100
Ventura P	86, 89, 102
Ventura Valcárcel P	88, 90, 93, 94
Verdeal Dacal R	86, 96, 98
Verdeal R	97, 100
Vilariño Maneiro L	90, 91, 92, 96, 97, 98, 100, 102, 104
Villaverde Álvarez I	92, 94, 103

Y

Yañez J	97
---------	----



Vive la noche
MÁS deseada DEL MUNDO
A CORUÑA 23.24 JUNIO

SAN JUAN IS BACK



Ayuntamiento de A Coruña
Concello da Coruña

CCV!
COMERCIO CORUÑÉS
CON TODO EL
AMOR DEL MUNDO.

TURISMO DE
A CORUÑA



Incluido en las guías de la ESC 2012 sobre el manejo de la FA^{1*}

Eliquis[®]
apixaban

NUEVO

Para la prevención del ictus en la FANV

Porque cada objetivo importa

ELIQUIS[®]: superior a warfarina en tres criterios de valoración fundamentales

a

Eficacia **superior** en la prevención del ictus y de la embolia sistémica²
21%RRR[†], p=0,01

b

Perfil de seguridad **más favorable** con menor riesgo de sangrado mayor²
31%RRR, p<0,001

c

Eficacia **superior** en la prevención de la muerte por cualquier causa²
11%RRR, p=0,047

d

No requiere control del INR³

ELIQUIS[®]: el primer anticoagulante oral que proporciona

E

TODOS LOS BENEFICIOS ANTERIORES

§ ELIQUIS[®]: un nuevo inhibidor oral directo del factor Xa indicado para la prevención del ictus y de la embolia sistémica en pacientes adultos con FANV con uno o más factores de riesgo tales como ictus o ataque isquémico transitorio (AIT) previos; edad de 75 años en adelante; hipertensión; *diabetes mellitus*; insuficiencia cardíaca sintomática (≥Clase II escala NYHA).³

▼ Este medicamento está sujeto a seguimiento adicional, es prioritaria la notificación de sospechas de reacciones adversas asociadas a este medicamento.

* ESC: iniciales correspondientes a las siglas en inglés de la Sociedad Europea de Cardiología.

† RRR: Reducción del Riesgo Relativo.

BIBLIOGRAFÍA. 1.- Camm, A. J. *et al.* Eur Heart J. 2012 Nov; 33 (21):2719-47. 2.- Granger, C.B. *et al.* N. Engl. J. Med., 2011; 365:981-992. 3.- Ficha técnica de ELIQUIS[®] (apixaban).