



XIII

Barcelona

XIII Congrés de la Societat Catalano-Balear de Medicina Interna



L'Acadèmia



SOCIETAT
CATALANOBALEAR
MEDICINA INTERNA



SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA INTERNA



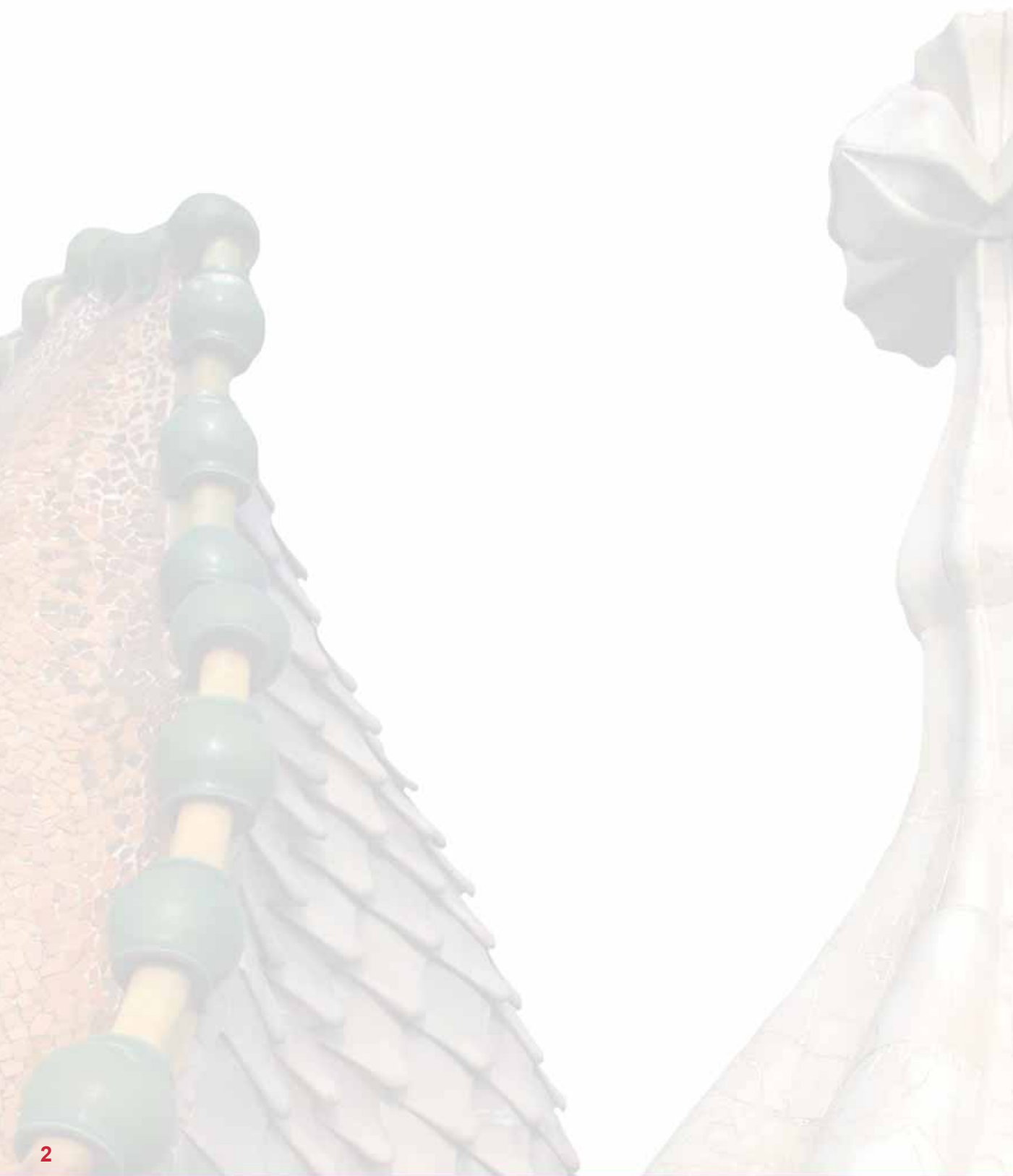
21-23 Maig 2009

Fira de Barcelona Gran Vía
Centre de Convencions Palacio 4

Reconocido de Interés Sanitario
por el Institut d'Estudis de la Salut
de la Generalitat de Catalunya



XIII Barcelona



XIII Congrés de la Societat Catalano-Balear de Medicina Interna

CARTA DE PRESENTACIÓ

Benvolguts amics i companys;

El Comitè organitzador us dóna la benvinguda a la vegada que us convida a assistir i a participar activament en el XIII Congrés Català-Balear de Medicina Interna que tindrà lloc a Barcelona al llarg del dies 21-23 de maig del 2009 a la Fira Barcelona Gran Via (L'Hospitalet de Llobregat). Creiem que aquestes són ocasions úniques, no solament per a posar-nos al dia dels darrers avenços de l'especialitat, sinó que, també per a trobar-nos de forma presencial i poder intercanviar opinions i experiències.

Ahora d'elaborar el programa científic, que es desenvoluparà en forma de taules rodones i conferències, la nostra intenció ha estat centrar-nos en els avenços i novetats produïdes en l'àmbit de patologies molt prevalents i que per tant són objecte de la nostra activitat assistencial diària; sens deixar de banda altres temes, menys tècnics, però presents en el nostre dia a dia.

El Congrés contarà, com ja és habitual, d'una pagina Web, a través de la pàgina oficial de la SEMI per facilitar-nos tota l'informació relacionada amb el mateix, així com la possibilitat de poder inscriure's directament i enviar les comunicacions.

Volem agrair la confiança dipositada en nosaltres i el suport incondicional de la Societat Catalano-Balear de Medicina Interna així com agrair d'antuvi la col·laboració i l'esforç dels conferenciants, moderadors i ponents.

Finalment, no podem deixar d'expressar el nostre agraïment a l'Indústria Farmacèutica, ja que sense la seva col·laboració seria molt difícil dur a terme aquests actes científics. Moltes gracies per la vostra participació.

El Comitè Organitzador.



XIII Barcelona

JUNTA DIRECTIVA DE LA SCMI

President: Dr. Vicent Fonollosa Pla

Vicepresident: Dr. Alfons López Soto

Secretari: Dr. Carles Miret Mas

Tresorer: Dr. Alfons López Soto

Vocals: Dr. Ferrán Nonell Gregori

Dr. Josep A. Capdevila Morell

Dr. Antoni Vidaller Palacín

Dr. César Morcillo Serra

Dr. Santiago Montull Morer

Dr. Jordi Delás Amat

Representant Illes Balears: Dr. Lucio Pallarés Ferreres

Secció de Metges Residents: Dra. Leonor Ballester Joya

Dr. Emilio Salgado García

Secció Malalties Autoimmunes: Dra. Roser Solans Laqué

COMITÈ ORGANITZADOR DEL XIII CONGRÉS SCMI

President: Dr. Ferrán García-Bragado Dalmau

Dr. Miquel Camafort BabKowski

Dr. Miquel Aranda Sánchez

Dr. Josep A. Capdevila Morell

Dr. José M. Porcel Pérez

Dr. Javier Murillas

Dr. Francesc Formiga Pérez

Dr. Ferrán Martínez Valle

Dr. Emilio Sacanella Meseguer

Dr. Antoni Castro Salomó

Dr. Antoni Castro Guardiola

COMITÈ CIENTÍFIC DE LA SCMI

Dr. Antoni Vidaller Palacín

Dr. Agustin Urrutia de Diego

Dra. Roser Solans Laqué

Dr. Domingo Bofill Montoro

Dr. Francesc Vidal Marsal

Dr. Miquel Torres Salinas

Dr. Albert De Luis Sánchez

Dr. Feliú Bella Cueto

XIII Congrés de la Societat Catalano-Balear de Medicina Interna

DIJOUS 21 DE MAIG DE 2009

08:00-09:00 h **LLIURAMENT DE DOCUMENTACIÓ**

09:00-09:30 h **INAUGURACIÓ OFICIAL DEL CONGRÉS**

Dra. M^a Luisa de la Puente i Martorell

Directora General de Planificació i Avaluació del Departament de Salut Generalitat de Catalunya

Dr. Vicent Fonollosa Pla

President de la Societat Catalano-Balear de Medicina Interna

Dra. Carme Gomar Sancho

Vicepresident Tercer de la Junta de Govern
Acadèmia de Ciències Mèdiques i de la Salut de Catalunya i Balears

Dr. Pedro Conthe Gutiérrez

President de la SEMI

Dr. Ferrán García-Bragado Dalmau

President Comité Organitzador

09:30-11:00 h **TAULA RODONA**
HIPERTENSIÓ ARTERIAL.

Moderadors: **Dr. Alexandre Roca-Cusachs Coll**

Servei de Medicina Interna
Hospital de Sant Pau. Barcelona

Dr. Pedro Armario García

Servei de Medicina Interna
Hospital General de Hospitalet. L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona

Noves aportacions de la MAPA en el diagnòstic de l' HTA

Dr. Javier Sobrino Martínez

Unitat d'HTA
Hospital del 'L Esperit Sant. Santa Coloma de Gramanet. Barcelona.

Utilitat de la Presió Arterial Central en el maneig del pacient hipertens

Dr. Àlex de la Sierra Iserte

Servei de Medicina Interna
Hospital Clínic. Barcelona



XIII Barcelona

DIJOUS 21 DE MAIG DE 2009

Inhibidors directes de la renina: efecte antihipertensiu i protecció d'òrgans diana

Dra. Carmen Suárez Fernández

Servei de Medicina Interna

Hospital Universitario de La Princesa. Madrid.

Patrocinat per Novartis

11:00-11:30 h

PAUSA-CAFÈ

11:30-13:00 h

TAULA RODONA

MALALTIA TROMBOEMBOLICA VENOSA

Moderador:

Dr. Manel Monreal Bosch

Servei de Medicina Interna

Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona, Barcelona

Malaltia tromboembòlica en el pacient mèdic

Dr. Joan Carles Sahuquillo Llamas

Servei de Medicina Interna

Hospital Municipal de Badalona. Barcelona

Malaltia tromboembòlica i càncer

Dr. Antoni Riera Mestre

Servei de Medicina Interna

Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona

Nous fàrmacs anticoagulants

Dr. Manel Monreal Bosch

Servei de Medicina Interna

Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona, Barcelona

Malaltia tromboembòlica en pacients amb insuficiència renal

Dra. Conchita Falgá Tirado

Servei de Medicina Interna

Hospital de Mataró. Barcelona

13:00-14:00 h

CONFERÈNCIA MAGISTRAL

**EFFECTES DE LA TRONCALITAT EN EL FUTUR DELS SERVEIS DE
MEDICINA INTERNA**

Presentador:

Dr. Ramón Pujol Farriols

Servei de Medicina Interna

Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona

XIII Congrés de la Societat Catalano-Balear de Medicina Interna

DIJOUS 21 DE MAIG DE 2009

Ponent: **Dr. Miquel Vilardell Tarrés**
Servei de Medicina Interna
Hospital General Universitari Vall D'Hebrón. Barcelona

14:00-16:00 h **DINAR DE TREBALL**

SIMPOSI SATÈL·LIT

14:00-14:30 h **CÒCTEL**

14:30-15:30 h **TROBADA AMB L'EXPERT**
COM INTENSIFICAR EL TRACTAMENT INSULÍNIC?

Moderador: **Dr. Xavier Pintó Sala**
Unitat de Lípids i Risc Vascular. Servei de Medicina Interna
Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona

Introducció
Què fer quan la insulina basal no és suficient?

Dr. Josep Vidal Cortada
Servei d'Endocrinologia y Nutrició
Hospital Clínic, Barcelona

Alternatives per a la intensificació amb insulina

Alan Garber
Professor at Baylor College of Medicine
Past Chair of the Council on Complications for the ADA.
Member of the National Board of Directors of the AACE. Houston Texas, USA

Discussió

Patrocinat per Novo-Nordisk

16:00-17:30 h **TAULA RODONA**
REPTES PER MILLORAR L'ASSISTENCIA HOSPITALÀRIA EN EL MALALT ANCIÀ

Moderador: **Dr. Alfons López Soto**
Secció de Geriatria. Servei de Medicina Interna-Geriatria
Hospital Clínic. Barcelona



XIII Barcelona

DIJOUS 21 DE MAIG DE 2009

Els Serveis d' Urgències en l' atenció al malalt gran, ¿herois o villans?

Dr. Antonio San José Laporte

Servei de Medicina Interna

Hospital General Universitari Vall D'Hebrón. Barcelona

El malalt gran amb fractura de fèmur. L' internista al rescat

Dr. Abelardo Montero Sáez

Servei de Medicina Interna

Hospital Universitari de Bellvitge. L' Hospitalet de Llobregat, Barcelona

Implicacions pronòstiques de la no detecció i tractament de la depressió a la gent gran

Dr. Domingo Ruiz Hidalgo

UFISS de Geriatria. Servei de Medicina Interna

Hospital de Sant Pau. Barcelona

17:30-18:30 h

COMUNICACIONS ORALS (Veure pàgina 14) (Sala Plenària)

SESSIÓ DE PÒSTERS (Veure pàgina 21) (Sala 4.3)

18:30-19:00 h

WORKSHOP

CRITERIS DE DECISIÓ EN EL TRACTAMENT ANTIBIÒTIC DE LES INFECCIONS GREUS OCASIONADES PER MICROORGANISMES GRAM POSITIUS

Moderador:

Dr. Alfonso López Soto

Servei de Medicina Interna

Hospital Clínic. Barcelona

¿És necessari disposar d'alternatives a la vancomicina?

Aportació de daptomicina

Ponente:

Dr. Àlex Soriano Viladomíu

Servei de Malalties Infeccioses

Hospital Clínic. Barcelona

19:00 h

CÒCTEL

Patrocinat per Novartis

DIVENDRES 22 DE MAIG DE 2009

08:30-09:30 h

COMUNICACIONS ORALS (Veure pàgina 15) (Sala Plenària)

SESSIÓ DE PÒSTERS (Veure pàgina 23) (Sala 4.3)

XIII Congrés de la Societat Catalano-Balear de Medicina Interna

DIVENDRES 22 DE MAIG DE 2009

09:30-11:00 h

TAULA RODONA

MALALTIES AUTOIMMUNES SISTÈMIQUES

Moderador:

Dr. Lucio Pallarés Ferreres

Unitat de Malalties Autoimmunes Sistèmiques
Servei de Medicina Interna
Hospital Son Dureta. Palma de Mallorca

Febre i malaltia autoimmune: Infecció o activitat?

Dr. Francesc Fernández Monrás

Servei de Medicina Interna
Hospital Universitari Sagrat Cor. Barcelona

Síndromes auto-inflamatoris: Malalties rares?

Dr. Jordi Yagüe Ribes

Unitat de Malalties Antiinflamatories Sistèmiques i Amiloidosis
Servei de Immunologia.
Hospital Clinic. Barcelona

Actitut davant d'un fenomen de Raynaud

Dr. Carles Tolosa Vilella

Unitat de Malalties Autoimmunes Sistèmiques
Servei de Medicina Interna
Corporació Parc Taulí, Sabadell. Barcelona

11:00-11:30 h

PAUSA – CAFÈ

11:30-13:00 h

TAULA RODONA

DIABETIS MELLITUS TIPUS 2

Moderador:

Dr. Wilfredo Ricart Engel

Servei d' Endocrinología y Nutrició
Hospital Universitari de Girona
Dr. Josep Trueta. Girona

La síndrome metabòlica: vells paradigmes, noves fronteres

Dr. John Yudkin M.D. Ph.D.

Chairman of the Department of Nutrition
Professor of Physiology, Nutrition and Dietetics
University College, Hospital Medical School, London, UK



XIII Barcelona

DIVENDRES 22 DE MAIG DE 2009

Anàlisi crític de les noves guies clíniques de la Diabetis Mellitus tipus 2

Dr. Rafael Simó Canonge

Servei d' Endocrinologia

Hospital General Universitari Vall D'Hebrón. Barcelona

Nous tractaments en la Diabetis Mellitus tipus 2 i funció cel.lular beta

Dr. Wilfredo Ricart Engel

Servei d' Endocrinologia i Nutrició

Hospital Universitari de Girona Dr. Josep Trueta. Girona

El maneig de la Diabetis Mellitus tipus 2 en la persona gran

Dr. Leocadio Rodríguez Mañas

Servei de Geriatria

Hospital Universitario de Getafe. Madrid

Co-patrocinada per Merck Sharp & Dohme i Novartis

13:00-14:00 h

CONFERÈNCIA MAGISTRAL

SIDA: errors irreversibles que no hauriem de tornar a repetir

Presentador:

Dr. Bonaventura Clotet Sala

Unitat de VIH. Fundació IRSICAIXA. Servei de Medicina Interna

Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona, Barcelona

Ponent:

Dr. Josep M^a Gatell i Artiagas

Servei de Malalties Infeccioses

Hospital Clinic. Barcelona

14:00-16:00 h

DINAR DE TREBALL

16:00-17:30 h

TAULA RODONA

INSUFICIÈNCIA CARDÍACA

Moderador:

Dr. Jordi Casademont Pou

Servei de Medicina Interna

Hospital de Sant Pau. Barcelona

¿Què hi ha més enllà del que feiem fa 15 anys en el tractament de la insuficiència cardíaca crònica aguditzada?

Dr. José Luis Morales Rull

Servei de Medicina Interna

Hospital Universitari Arnau de Vilanova. Lérida

XIII Congrés de la Societat Catalano-Balear de Medicina Interna

DIVENDRES 22 DE MAIG DE 2009

Insuficiència cardíaca amb fracció d'ejecció conservada: on som i què hem de fer amb els nostres malalts.

Dr. Joan Carles Trullas Vila

Servei de Medicina Interna
Hospital Sant Jaume. Olot, Girona

Insuficiència cardíaca en malalts grans i amb comorbiditat. Aproximació personal.

Dr. David Chivite Guillén

Servei de Medicina Interna - UFFIS de Geriatria
Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona

17:30-18:30 h

COMUNICACIONS ORALS (Veure pàgina 17) (Sala Plenària)

SESSIÓ DE PÒSTERS (Veure pàgina 21) (Sala 4.3)

18:30-19:30 h

REUNIÓN DE ENFERMEDADES AUTOINMUNES SISTÉMICAS

DISSABTE 23 DE MAIG DE 2009

08:30-09:30 h

COMUNICACIONS ORALS (Veure pàgina 19) (Sala Plenària)

SESSIÓ DE PÒSTERS (Veure pàgina 27) (Sala 4.3)

09:30-11:00 h

TAULA RODONA

LA PNEUMÒNIA EN LA GENT GRAN

Moderador:

Dr. Jordi Almirall Pujol

Servei de Medicina Intensiva
Hospital de Mataró. Barcelona

Factors de risc i pronòstics

Dr. Mateu Cabré Roure

Servei de Medicina Interna
Hospital de Mataró. Barcelona

Impacte real dels factors protectors: fàrmacs i vacunes

Dr. Jordi Carratalà Fernández

Servei de Malalties Infeccioses
Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona

Selecció del tractament antibiòtic adequat

Dr. Miquel Falguera Sacrest

Servei de Medicina Interna
Hospital Universitari Arnau de Vilanova. Lleida



XIII Barcelona

DISSABTE 23 DE MAIG DE 2009

11:00-11:30 h

PAUSA –CAFÈ.

11:30-13:00 h

TAULA RODONA

COM AVALUEM EL QUE FAN ELS RESIDENTS DE MEDICINA INTERNA?.

Moderador:

Dr. Jordi Forteza Rey-Borralleras

Servei de Medicina Interna

Hospital Son Dureta. Palma de Mallorca

El llibre del resident – portafoli com a instrument d' avaluació

Dra. Matilde Ezquerro Lezcano

Mèdic de Família i Coordinadora de la Unitat Docent

Consorci Sanitari de Terrassa. Barcelona

Com avaluem les rotacions dels residents de Medicina Interna per altres especialitats?

Dr. Josep M^a Grau Junyent

Servei de Medicina Interna

Hospital Clinic. Barcelona.

Nous instruments d' ajuda a l'avaluació

Dr. Ramón Descárrega Queralt

Mèdic de Família. ABS Alt Camp Oest

Facultat de Medicina i Ciències de la Salut

Universitat Rovira i Virgili. Tarragona

L' opinió del resident

Dr. Iván Moreno Muñoz

Servei de Medicina Interna

Hospital Universitari La Fe. Valencia.

13:00-14:00 h

CONFERÈNCIA MAGISTRAL

DISLIPÈMIA, TEIXIT ADIPÓS I ARTERIOESCLEROSI SUBCLÍNICA

Presentador:

Dr. Joan Rubiés Prat

Departament de Medicina

Universitat Autònoma de Barcelona

Ponent:

Dr. Lluís Masana Marín

Unitat Recerca Lípids & Arteriosclerosi

Hospital Universitari Sant Joan. Reus, Tarragona

XIII Congrés de la Societat Catalano-Balear de Medicina Interna

DISSABTE 23 DE MAIG DE 2009

14:00-14:30 h

CLAUSURA

Dr. Vicent Fonollosa Pla

President de la SCMI

Dr. Ferrán García-Bragado Dalmau

President del Comitè Organizador



XIII Barcelona

COMUNICACIONS ORALS

DIJOUS 21 DE MAIG

17:30-18:30 horas

Moderador: **Dr. Agustín Urrutia de Diego**
Servei de Medicina Interna
Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona, Barcelona

IC-01 INSUFICIÈNCIA CARDÍACA I ANÈMIA. ESTUDI DESCRIPTIU

G. Álvarez Martínez¹, A. Armengou Arxé¹, N. Vilanova Anducas¹,
J. Roure Fernández², L. García Garrido², A. Castro Guardiola¹, J. Uriel Cano¹,
F. García-Bragado Dalmau¹

¹Servei de Medicina Interna, ²Servei de Cardiologia.

Hospital Universitari de Girona Dr. Josep Trueta. Girona

RV-01 LAS SUBCLASES LIPOPROTEICAS MEDIDAS POR RESONANCIA MAGNÉTICA NUCLEAR Y EL GENOTIPO DE APOE INFLUENCIAN EL GROSOR DE LA INTIMA-MEDIA CARÓTIDA EN PACIENTES CON LUPUS ERITEROMATOSO SISTÉMICO

M. González, J. Ribalta, G. Vives, S. Iftimie, R. Ferré, M. Guardiola, L. Masana,
A. Castro

Servei de Medicina Interna. Hospital Universitari Sant Joan de Reus. Reus (Tarragona)

RV-02 PREVALENCIA DE HIPERTENSION ARTERIAL DE NUEVO DIAGNOSTICO EN PACIENTES RONCADORES CON SOSPECHA DE SAOS

C. Chico¹, M. Adrián¹, J. Sobrino¹, B. Batalla¹, L. Casañas¹, J. Clavell¹, M. Cabezas¹,
J. Bugés²

¹Unidad HTA, ²Unidad Neumología. *Hospital de l'Esperit Sant. Santa Coloma de Gramenet (Barcelona)*

RV-04 GRAU DE CONTROL DELS DIFERENTS FACTORS DE RISC VASCULAR EN PACIENTS AMB DIABETIS MELLITUS TIPUS 2

J. Murillo Sanchís¹, F. Muñoz Rodríguez², M. Sánchez Rocabert³, J. Vilaseca Bellsolà²

¹Unitat d'Endocrinologia, ²Servei de Medicina Interna, ³Educadora en Diabetis.

Fundació Privada Hospital de Mollet. Mollet del Vallès (Barcelona)

XIII Congrés de la Societat Catalano-Balear de Medicina Interna

DIJOUS 21 DE MAIG

RV-06 LA PCRUS SE CORRELACIONA CON LA PRESENCIA DE ATEROMATOSIS CAROTÍDEA EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

G. Vives¹, S. Amorós¹, S. Parra¹, M. González², R. Ferré³, N. Plana³, J. Ribalta², A. Castro¹

¹Servei de Medicina Interna, ²Unitat de Recerca Lípids. Universitat Rovira i Virgili,

³Unitat de Medicina Vascular i del Metabolisme.

Hospital Universitari Sant Joan de Reus. Reus (Tarragona)

T-03 TROMBOEMBOLISME PULMONAR EN MAJORS DE 80 ANYS

R. Coll¹, N. Parra², R. Salas³, E. Merino³, J. Delás³, C. Fornós³, M. Sanjaume³, F. Fernández³

¹Servei de Urgències, ³Servei de Medicina Interna. Hospital Universitari Sagrat Cor. Barcelona

²Unitat de Recerca. Sant Joan de Déu-Serveis de Salut Mental. Sant Boi de Llobregat (Barcelona)

DIVENDRES 22 DE MAIG

08:30-09:30 horas

Moderador: Dr. Antonio Vidaller Palacín

Servei de Medicina Interna

Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona

EA-01 CORRELACION DEL ÍNDICE DE CHARLSON CON LA DEFINICION DE PACIENTE PLURIPATOLOGICO EN LOS INFORMES DE ALTA DE UN HOSPITAL DE AGUDOS

J. Forteza-Rey¹, I. Font², R. Vidal¹, M. Femenías¹, M. Villalonga¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Documentación y Codificación. Complejo Asistencial Son Dureta. Palma de Mallorca (Illes Balears)

EA-03 PREVALENCIA Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE PACIENTES NONAGENARIOS INGRESADOS EN UN HOSPITAL DE AGUDOS

R. Vidal, M. Femenías, C. Nadal, M. Villalonga, T. Bosch, J. Forteza-Rey

Servicio de Medicina Interna. Complejo Asistencial Son Dureta.

Palma de Mallorca (Illes Balears)



XIII Barcelona

DIVENDRES 22 DE MAIG

EA-04 CONCORDANCIA INTEROBSERVADOR EN LA VALORACIÓN FUNCIONAL DEL ÍNDICE DE BARTHEL

C. Arribas, M. Femenías, E. Esteban, M. Antich, L. Martín, J. Forteza-Rey
*Servicio de Medicina Interna. Complejo Asistencial Son Dureta.
Palma de Mallorca (Illes Balears)*

IF-06 TACROLIMUS, UN TRATAMIENTO EFICAZ EN PACIENTES CON NEUMOPATÍA INTERSTICIAL Y ANTICUERPOS ANTI-PM/SCL

C. Santos¹, A. Selva O'Callaghan², C. Simeón Aznar², A. Labirua²,
E. Trallero Araguás², M. Labrador Horrillo³, V. Fonollosa Pla², M. Vilardell Tarrés²
¹Unidad de Reumatología. Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Medicina Interna,
³Unidad de Alergia. Servicio de Medicina Interna. Hospitals Vall d'Hebron. Barcelona

IF-07 ENFERMEDAD DE TAKAYASU. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LA CASUÍSTICA DE UN HOSPITAL COMARCAL

I. Pons Martín del Campo¹, R. Jordana Comajuncosa¹, E. Oviedo del Àguila¹,
M. Monteagudo Jiménez¹, A. Casanovas Martínez¹, J. Oristrell Salvà¹,
J. Fortuño Andrés², E. Castañer González²
¹Servicio de Medicina Interna, ²UDIAT-CD. Corporació Sanitària Parc Taulí.
Sabadell (Barcelona)

V-13 MANIFESTACIONS OTORRINOLARINGOLÒGIQUES EN LA GRANULOMATOSIS DE WEGENER

M. Ramentol Sintas¹, R. Solans Laqué¹, N. Iriarte Gay de Montella¹, J. Bosch Gil¹,
A. Martínez Arias², J. Lorente², F. Martínez Valle¹, M. Vilardell Tarrés¹
¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Otorrinolaringología.
Hospitals Vall d'Hebron. Barcelona

XIII Congrés de la Societat Catalano-Balear de Medicina Interna

DIVENDRES 22 DE MAIG

17:30-18:30 horas

Moderador: **Dr. Francesc Vidal Marsal**
Servei de Medicina Interna
Hospital Universitari de Tarragona Joan XXIII. Tarragona

A-01 PNEUMÒNIA COMUNITÀRIA BACTERIÈMICA QUE REQUEREIX INGRÉS EN UNA UNITAT D'HOSPITALITZACIÓ CONVENCIONAL: ANÀLISI DE 65 EPISODIS CONSECUTIUS EN UN PERÍODE DE 18 MESOS

F. Llopis Roca¹, J. Jacob Rodríguez¹, C. Ferré Losa¹, A. Juan Pastor²,
G. Alonso Fernández¹

¹*Servei d'Urgències. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona)*

²*Departament de Medicina. Hospital de Sant Boi. Sant Boi de Llobregat (Barcelona)*

A-02 CARACTERÍSTIQUES CLÍNIQUES I EVOLUTIVES DE LES PNEUMONIES PER ASPIRACIÓ INGRESSADES AL SERVEI DE MEDICINA INTERNA

N. Rodríguez, O. Torres, R. Moras, M. Lamarca, J. Mascaró, D. Ruiz, J. Casademont
Servei de Medicina Interna. Fund. de Gest. Sanitaria de l' Hospital de la Sta. Creu i Sant Pau. Barcelona

A-05 TUBERCULOSI MULTIRESISTENT / EXTREMADAMENT RESISTENT A L'HOSPITAL UNIVERSITARI DE TARRAGONA JOAN XXIII

N. Manresa¹, O. Portolà¹, C. Piqueras¹, D. Riesco¹, A. Sabater¹, F. Gómez²,
J. Ventosa⁴, C. Richart¹

¹*Servei de Medicina Interna, ²Servei de Microbiologia, ³IISPV. Universitat Rovira i Virgili, ⁴ Servei de Pneumologia.*

Hospital Universitari de Tarragona Joan XXIII. Tarragona

A-07 INFECCIÓ PROTÈTICA AGUDA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVELL

N. Vilanova Anducas¹, A. Castro Guardiola¹, R. González Hernández²,
A. Palou Rispau¹, D. Noriego Muñoz², J. Uriel Cano¹, F. García-Bragado Dalmau¹

¹*Servei de Medicina Interna, ²Servei de Cirurgia Ortopèdica i Traumatologia. Hospital Universitari de Girona Dr. Josep Trueta. Girona*



XIII Barcelona

DIVENDRES 22 DE MAIG

- A-08** **EPIDEMIOLOGIA I MANIFESTACIONS CLÍNIQUES DE LA INFECCIÓ PER ESPÈCIES DE NOCARDIA AL CAMP DE TARRAGONA, 1997-2008: NOCARDIA CYRIACIGEORGICA ÉS UN PATOGEN EMERGENT**
O. Portolà¹, R. Guitart², J. Llutart¹, M. Roca¹, F. Gómez³, M. Olona⁴, F. Vidal⁵, A. Castro²
¹Servei de Medicina Interna, ³Servei de Microbiologia, ⁴Servei de Medicina Preventiva, ⁵IISPV. Univ. Rovira i Virgili. Hospital Universitari de Tarragona Joan XXIII. Tarragona
²Servei de Medicina Interna. Hospital Universitari Sant Joan de Reus. Reus (Tarragona)
- A-11** **XOC SÈPTIC TUBERCULÓS EN PACIENTS INFECTATS PEL VIH**
C. Guerrero Buitrago¹, J. Tort Brutau¹, A. Vila Belmonte¹, G. Schmidt², A. Arizmendi Demay³, M. Aranda Sánchez¹, J. Armengol Sánchez⁴, F. Bella Cueto¹
¹Servei de Medicina Interna, ²Laboratori Microbiologia, ³UCI, ⁴Servei de Pneumologia. Hospital de Terrassa. Terrassa (Barcelona)
- A-12** **CARACTERÍSTICAS CLINICO-EPIDEMIOLÓGICAS DE LA DIARREA ASOCIADA A CLOSTRIDIUM DIFFICILE (DACD) EN LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS EN UN HOSPITAL TERCIARIO**
M. Franco¹, J. López-Contreras¹, M. Cotura¹, T. Llovet², D. Filella¹, V. Pomar¹, M. Gálvez¹, M. Gurgui¹
¹Unitat de Malalties Infeccioses. Servei de Medicina Interna, ²Servei de Microbiologia. Fund. de Gest. Sanitaria de l' Hospital de la Sta. Creu i Sant Pau. Barcelona
- A-17** **INCIDENCIA Y CARACTERISTICAS DE LAS INFECCIONES DE DISPOSITIVOS DE NEUROESTIMULACION EN UN PERIODO DE 6 AÑOS (2003-2008)**
M. Cabeza¹, N. Benito¹, J. Molet², R. Pericas³, V. Pomar¹, R. Rodríguez², M. Gurgui¹, J. Casademont¹
¹Servei de Medicina Interna, ²Servei de Neurocirugia, ³Servei de Microbiología Clínica. Fund. de Gest. Sanitaria de l' Hospital de la Sta. Creu i Sant Pau. Barcelona

XIII Congrés de la Societat Catalano-Balear de Medicina Interna

DISSABTE 23 DE MAIG

08:30-09:30 horas

Moderador: **Dr. Miquel Torres Salinas**
Servei de Medicina Interna
Hospital de l'Esperit Sant. Santa Coloma de Gramenet, Barcelona

A-19 ENFERMEDAD DE WHIPPLE

A. Labirua Ituburu
Servicio de Medicina Interna. Hospital General Vall D'Hebron - Área General. Barcelona

IF-02 IMPACTO DE LA SINTOMATOLOGIA NEUROVEGETATIVA EN LOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS DEL SFC, SIN HISTORIA PREVIA DE SINCOPE

J. Alegre Martín¹, L. Aliste¹, A. García Quintana², C. Javierre³, K. De Meirleir⁴, E. Ruiz¹, R. Badia¹, T. Fernández de Sevilla¹

¹Unidad del SFC. Hospital General Vall D'Hebron - Área General. Barcelona

²Unidad del SFC. Centre Mèdic Delfos, S. A. Barcelona

³Unidad Fisiología del Deporte. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona)

⁴Unidad SFC. Clínica Fatiga Brusellas

IF-04 ESTUDIO DE LA VARIABILIDAD DE LA FRECUENCIA CARDIACA (FC) A TRAVÉS DEL COCIENTE LF/HF DE ACTIVIDAD SIMPÁTICA-PARASIMPÁTICA EN LA VALORACIÓN DE LA DISFUNCIÓN NEUROVEGETATIVA EN PACIENTE AFECTOS DEL SÍNDROME DE FATIGA CRÓNICA (SFC)

L. Aliste¹, J. Alegre¹, C. Alonso², A. García Quintana³, A. Suárez⁴, K. De Meirleir⁵, A. Martins¹, T. Fernández de Sevilla¹

¹Unidad del SFC, ²Unidad de Arritmias. Hospital General Vall D'Hebron - Área General. Barcelona

³Unidad SFC. Centre Mèdic Delfos, S. A. Barcelona

⁴Unidad Fisiología. Universidad Barcelona. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona)

⁵Unidad SFC. Clínica Fatiga. Brusellas

V-01 ES POT PREDIR LA MORTALITAT DELS MALALTS A L'INGRÉS EN UNA SALA DE MEDICINA INTERNA?

E. Francia, O. Torres, J. De Llobet, J. Casademont
Servei de Medicina Interna. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau (Barcelona)



XIII Barcelona

DISSABTE 23 DE MAIG

V-04 **SOSPECHA DE ENFERMEDAD NEOPLASICA COMO MOTIVO DE CONSULTA EN UNA UNIDAD DE DIAGNOSTICO RAPIDO**

J. Torné Cachot¹, J. Blanch Falp¹, X. Encinas Méndez², X. Pérez Martí², J. Vidal Balaña³, J. Verge Schulte², J. Baucells Azcona¹, P. Puig Loshuertos¹

¹Servei de Medicina Interna, ²Servei de Cirurgia General, ³Servei de Neumología.
Hospital Residència Sant Camil. Sant Pere de Ribes (Barcelona)

V-08 **CARACTERÍSTIQUES CLÍNIQUES I PRONÒSTIC DELS PACIENTS INGRESSATS EN UNA UNITAT DE CURES INTERMITGES DE MEDICINA INTERNA**

A. Simonetti¹, X. Solanich¹, M. Bodro¹, I. Cabello¹, A. Ribera¹, R. Máñez², A. Riera-Mestre¹, R. Pujol¹

¹Servei de Medicina Interna, ²Servei de Medicina Intensiva.
Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona)

XIII Congrés de la Societat Catalano-Balear de Medicina Interna

PÒSTERS

DIJOUS 21 DE MAIG

17:30-18:30 horas

Moderador: **Dr. Francisco Muñoz Rodríguez**
Servei de Medicina Interna
Hospital del Mollet. Mollet del Vallés, Barcelona

IC-02 TRACTAMENT MÈDIC DE LA INSUFICIÈNCIA CARDÍACA SEGONS FUNCÍO RENAL I FRACCIÓ D'EJECCIÓ

N. Vilanova Anducas¹, A. Armengou Arxé¹, G. Alvarez Martínez¹, J. Roure Fernández², L. García Garrido², A. Castro Guardiola¹, J. Uriel Cano¹, F. García-Bragado Dalmau¹

¹Servei de Medicina Interna, ²Servei de Cardiologia. Hospital Universitari de Girona Dr. Josep Trueta. Girona

RV-03 RITMO CIRCADIANO DE LA PRESION ARTERIAL Y PREVALENCIA DE HIPERTENSION ARTERIAL EN EL SINDROME DE APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO

C. Chico¹, M. Adrián¹, J. Sobrino¹, B. Batalla¹, L. Casañas¹, J. Clavell¹, M. Cabezas¹, J. Bugés²

¹Unidad de HTA, ²Unidad de Neumología. Hospital de l'Esperit Sant. Santa Coloma de Gramenet (Barcelona)

RV-05 INFRADIAGNOSTICO DE LA OBESIDAD EN LOS HOSPITALES DE AGUDOS

M. Villalonga, L. Gil, C. Nadal, C. Arribas, J. Forteza-Rey

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

T-01 PERFIL DEL PACIENT QUE PRECISA REINGRÉS PRECOÇ POST-TROMBOEMBOLISME PULMONAR

R. Salas¹, N. Parra², E. Merino¹, R. Coll³, J. Delás¹, C. Fornós¹, M. Sanjaume¹, F. Fernández¹

¹Servei de Medicina Interna, ³Servei de Urgències. Hospital Universitari Sagrat Cor. Barcelona

²Unitat de Recerca. Sant Joan de Déu-Serveis de Salut Mental. Sant Boi de Llobregat (Barcelona)



XIII Barcelona

DIJOUS 21 DE MAIG

- T-02 ESCALA DE WELLS SIMPLIFICADA PEL DIAGNÒSTIC DE TROMBOEMBOLISME PULMONAR: ÚTIL A LA POBLACIÓ D'EDAT AVANÇADA?**
N. Parra¹, E. Merino², R. Salas², R. Coll³, J. Delás², C. Fornós², M. Sanjaume², F. Fernández²
¹Unitat de Recerca. Sant Joan de Déu-Serveis de Salut Mental. Sant Boi de Llobregat (Barcelona)
²Servei de Medicina Interna, ³Servei de Urgències. Hospital Universitari Sagrat Cor. Barcelona
- T-04 ADEQUACIÓ DE LA PROFILAXI ANTITROMBÒTICA EN PACIENTS AMB PATOLOGIA MÈDICA INGRESSATS DES D'URGÈNCIES**
F. Muñoz Rodríguez¹, X. López Altimiras², J. Gutiérrez Zubiaurre², R. Martín Horcajo², J. Lamora Alfaro²
¹Servei de Medicina Interna, ²Servei d'Urgències. Fundació Privada Hospital de Mollet. Mollet del Vallès (Barcelona)
- T-05 ESTACIONALITAT A LA INCIDÈNCIA, SOSPITA CLÍNICA I MORTALITAT DE TROMBOEMBOLISME PULMONAR**
J. Delás¹, N. Parra², E. Merino¹, R. Salas¹, R. Coll³, C. Fornós¹, M. Sanjaume¹, F. Fernández¹
¹Servei de Medicina Interna, ³Servei de Urgències. Hospital Universitari Sagrat Cor. Barcelona
²Unitat de Recerca. Sant Joan de Déu-Serveis de Salut Mental. Sant Boi de Llobregat (Barcelona)
- T-06 DIAGNÒSTIC ALTERNATIU A URGÈNCIES DEL TROMBOEMBOLISME PULMONAR EN UN HOSPITAL UNIVERSITARI DE TERCER NIVELL**
S. Gómez-Zorrilla¹, D. Leiva², S. Jordán¹, M. Fanlo¹, M. Fernández¹, L. Iglesias³, A. Riera-Mestre¹, R. Pujol¹
¹Servei de Medicina Interna, ²Servei de Radiologia, ³Servei de Urgències. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona)
- T-07 CARACTERÍSTIQUES CLÍNIQUES DELS PACIENTS ATEOS EN UNA CONSULTA ESPECÍFICA DE MALALTIA TROMBOEMBÒLICA VENOSA**
X. Solanich¹, A. Simonetti¹, S. Gómez-Zorrilla¹, A. Roset¹, E. Pina², A. Romera³, A. Riera-Mestre¹, R. Pujol¹
¹Servei de Medicina Interna, ²Servei de Hemostàsia, ³Servei de Cirurgia Vascular. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona)

XIII Congrés de la Societat Catalano-Balear de Medicina Interna

DIJOUS 21 DE MAIG

T-08 TROMBOSI VENOSA A EXTREMITATS SUPERIORS EN PACIENTS ATEOS EN UNA CONSULTA ESPECÍFICA DE MEDICINA INTERNA

S. Di Yacovo, S. Gómez-Zorrila, X. Solanich, A. Simonetti, S. Jordán, J. Mora, A. Riera-Mestre, R. Pujol
Servei de Medicina Interna. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona)

DIVENDRES 22 DE MAIG

08:30-09:30 horas

Moderador: Dra. Roser Solans Laqué
Servei de Medicina Interna
Hospital General Universitari Vall D'Hebron. Barcelona

EA-02 EL PACIENTE PLURIPATOLÓGICO INGRESADO EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

M. Femenías¹, C. Arribas¹, I. Font², J. Tortell², J. Forteza-Rey¹
¹*Servicio de Medicina Interna. Complejo Asistencial Son Dureta. Palma de Mallorca (Illes Balears)*
²*Servicio de Documentación y Codificación. Hospital Son Dureta. Palma de Mallorca (Illes Balears)*

IF-01 BIÒPSIA DE L'ARTÈRIA TEMPORAL EN EL DIAGNÒSTIC DE L'ARTERITIS DE HORTON. ESTUDI RESTROSPECTIU

G. Alvarez Martínez¹, A. Armengou Arxé¹, N. Vilanova Anducas¹, R. Agües Domenech², G. Barraza Jiménez³, F. García Bragado¹
¹*Servei de Medicina Interna, ²Servei de Cirurgia Vascular, ³Servei de Anatomia Patològica. Hospital Universitari de Girona Dr. Josep Trueta. Girona*

IF-05 EVOLUCIÓ DE SD. NEFRÒTIC EN L'AMILOÏDOSI SECUNDÀRIA. PRESENTACIÓ DE 2 CASOS

G. Alvarez Martínez, N. Vilanova Anducas, A. Castro Guardiola, J. Uriel Cano, F. García Bragado
Servei de Medicina Interna. Hospital Universitari de Girona Dr. Josep Trueta. Girona



XIII Barcelona

DIVENDRES 22 DE MAIG

V-02 MÈTODES DIAGNÒSTICS D'UNA SÈRIE DE PACIENTS AMB SÍNDROME DE SJÖGREN DE L'HOSPITAL UNIVERSITARI JOAN XXIII

R. Qanneta¹, T. Auguet¹, M. López Dupla¹, R. Ramírez³, D. Riesco¹, R. Fontova², M. Poveda², C. Richart¹

¹Servei de Medicina Interna, ²Servei de Reumatologia. Hospital Universitari de Tarragona Joan XXIII. Tarragona

³Servei de Medicina Interna. Hospital de Sant Pau i Santa Tecla. Tarragona

V-03 MANIFESTACIONS CLÍNIQUES EN UNA SÈRIE DE PACIENTS AMB SÍNDROME DE SJÖGREN DE L'HOSPITAL UNIVERSITARI JOAN XXIII

R. Qanneta¹, M. López Dupla¹, T. Auguet¹, R. Ramírez³, D. Riesco¹, R. Fontova², M. Poveda², C. Richart¹

¹Servei de Medicina Interna, ²Servei de Reumatologia. Hospital Universitari de Tarragona Joan XXIII. Tarragona

³Servei de Medicina Interna. Hospital de Sant Pau i Santa Tecla. Tarragona

V-10 AFECCIÓ RENAL DIFERENT DE LA CRISI RENAL ESCLERODÈRMICA EN PACIENTS AMB ESCLEROSI SISTÈMICA

A. Roda Safont¹, C. Simeón Aznar², A. Segarra Medrano¹, V. Fonollosa Pla², N. Iriarte Gay², A. Fernández Luque², J. Camps Domènech¹, M. Vilardell Tarrés²

¹Servei de Nefrologia, ²Servei de Medicina Interna. Hospital General Vall D'Hebron - Àrea General. Barcelona

17:30-18:30 horas

Moderador: Dr. Josep Vilaró Pujal

Servei de Medicina Interna

Hospital General de Vic. Vic, Barcelona

A-03 BACTERIÈMIA PER ENTEROBACTERIES PRODUCTORES DE BETALACTAMASES DE ESPECTRE EXTÈS

L. Castro Vélez, E. Chamarro Martí, M. Hoyos Valladares

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

XIII Congrés de la Societat Catalano-Balear de Medicina Interna

DIVENDRES 22 DE MAIG

- A-04 TUBERCULOSI VERTEBRAL A L'HOSPITAL UNIVERSITARI DE TARRAGONA JOAN XXIII**
M. Roca¹, A. Ródenas¹, J. Llutart¹, E. Castellar¹, J. Porras¹, G. García², C. Piqueras¹, C. Richart¹
¹Servei de Medicina Interna, ²Grup Control de la Infecció. Hospital Universitari de Tarragona Joan XXIII. Tarragona
- A-06 MALALTIA DE POTT: ANÀLISI DE 16 CASOS**
M. Rexach Fumanya¹, M. Blázquez Llistosella¹, À. Vinyes-Miralpeix Gassó¹, M. Teixidor Viñas², J. Uriel Cano¹, F. García-Bragado Dalmau¹
¹Servei de Medicina Interna, ²Servei de Radiologia. Hospital Universitari de Girona Dr. Josep Trueta. Girona
- A-09 TUBERCULOSI EN IMMIGRANTS. CASOS DIAGNOSTICATS A URGÈNCIES SEGONS LA ZONA GEOGRÀFICA DE PROCEDÈNCIA**
E. Esteve Palau¹, A. Supervia Caparrós², F. Del Baño López², I. Rodríguez Pinto¹, A. Aguirre Tejedo², E. Skaf Peters², L. Mellibovsky Saidler¹, O. Pallàs Villaronga²
¹Servei Medicina Interna i Malalties Infeccioses, ²Servei d'Urgències. Hospital del Mar. Barcelona
- A-10 CONTROLS AMBIENTALS COM A INDICADOR I MESURA D'ALERTA EN LA VIGILANCIA DE LES INFECCIONS PER ASPERGILLUS SPP**
S. Iftimie¹, A. López Azcona², I. Pujol Bajador³, A. Castro Salomó¹
¹Servei de Medicina Interna, ²Equip de control d'infeccions nosocomials, ³Servei de Microbiologia. Hospital Universitari Sant Joan de Reus. Reus (Tarragona)
- A-13 ASPERGIL·LOSI NOSOCOMIAL EN UN HOSPITAL COMARCAL**
F. Marimon Cortés¹, D. Ibarretxe Guerediaga¹, I. Pujol Bajador², A. Castro Salomó¹
¹Servei de Medicina Interna, ²Servei de Microbiologia. Hospital Universitari Sant Joan de Reus. Reus (Tarragona)
- A-14 UN ANY D'EXPERIÈNCIA EN EL TRACTAMENT DE LA ENDOCARDITIS INFECCIOSA A LA UNITAT D'HOSPITALITZACIÓ A DOMICILI**
M. Hoyos Valladares¹, M. Cardona Ribera¹, J. Martínez Senmartí¹, S. Piñol Segura¹, S. Verdoy Cuevas², L. Castro Vélez¹
*¹Servei de Medicina Interna. Hospital de Tortosa Verge de la Cinta. Tortosa (Tarragona)
²Servei de Medicina Interna. Hospital de la Santa Creu. Tortosa (Tarragona)*



XIII Barcelona

DIVENDRES 22 DE MAIG

A-15 ESTUDIO DE INCIDENCIA DE BACTERIEMIA RELACIONADAS CON LOS TIPS EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO Y TERCIARIO EN LOS ULTIMOS 11 AÑOS (1998-2008)

R. Godoy¹, J. López-Contreras¹, M. Gálvez¹, G. Soriano², C. Gómez², N. Benito¹, M. Gurguí¹, C. Guarner²

¹Unitat de Malalties Infeccioses. Servei de Medicina Interna, ²Servei de Patologia Digestiva. Fund. de Gest. Sanitaria de l' Hospital de la Sta. Creu i Sant Pau. Barcelona

A-16 BACTERIEMIAS POR ENTEROBACTERIAS MULTIRRESISTENTES PRODUCTORAS DE BETALACTAMASAS DE ESPECTRO EXTENDIDO. FACTORES ASOCIADOS Y TIPIFICACION DE LAS CEPAS

S. Iftimie¹, A. Almazan¹, A. López², F. Ballester³, I. Pujol³, A. Castro¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Enfermera del Grupo Control de Infecciones Nosocomiales, ³Laboratorio de Microbiología. Hospital Universitari Sant Joan de Reus. Reus (Tarragona)

A-18 ESPONDILODISCITIS PIÒGENA EN ADULTS A L' HOSPITAL UNIVERSITARI JOAN XXIII

A. Ródenas¹, M. Roca¹, G. García², O. Portolà¹, N. Manresa¹, M. Ruiz¹, F. Vidal¹, C. Richart¹

¹Servei de Medicina Interna, ²Grup Control de la Infecció. Hospital Universitari de Tarragona Joan XXIII. Tarragona

EA-05 ESPONDILODISCITIS EN GENT GRAN

X. Pla, R. Comet, E. Oviedo, G. Martínez, M. Machado, J. Oristrell, A. Nogueras
Servei de Medicina Interna. Corporació Sanitària Parc Taulí. Sabadell (Barcelona)

IC-03 HOSPITALITZACIÓ A DOMICILI (HAD): AVALUACIÓ DELS FACTORS PRONÒSTICS DE READMISSIO HOSPITALARIA EN PACIENTS ATEOS PER INSUFICIENCIA CARDIACA CRÒNICA (ICC) DESCOMPENSADA

J. Guillamont Salvador, M. Sopeña Vallejo, I. Bonilla Aguila, C. Dávila Lara, M. Gil Bermejo, P. Biada Canales, S. González Calviño, A. Salazar Soler
Servei de Hospitalització a Domicili Bellvitge Hospital. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona)

XIII Congrés de la Societat Catalano-Balear de Medicina Interna

DISSABTE 23 DE MAIG

08:30-09:30 horas

Moderador: **Dr. Alberto de Luis Sánchez**
Servei de Medicina Interna
Hospital General de Granollers. Granollers, Barcelona

- IF-03 LA MESA BASCULANTE EN LA VALORACIÓN DE LA DISFUNCIÓN NEUROVEGETATIVA EN PACIENTES AFECTOS DEL SÍNDROME DE FATIGA CRÓNICA (SFC) SIN HISTORIA PREVIA DE SÍNCOPE**
C. Alonso¹, J. Alegre², L. Aliste², A. García Quintana³, C. Javierre⁴, K. De Meirleir⁵, A. Moya¹, T. Fernández de Sevilla²
¹Unidad de Arritmias, ²Unidad del SFC. Hospital General Vall D'Hebron - Área General. Barcelona
³Unidad SFC. Centre Mèdic Delfos, S. A. Barcelona
⁴Unidad Fisiología. Universidad Barcelona. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona)
⁵Unidad SFC. Clínica Fatiga. Brusellas
- V-05 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS I EPIDEMIOLÒGQUES DE LES HEPATITIS AGUES EN UN HOSPITAL COMARCAL**
B. Batalla Insenser, G. De la Red Bellví, M. Sánchez Torres, M. Ribes Baños, V. Reverter Barrachina, N. Jové Vidal, M. Javaloyas de Morlius, M. Torres Salinas
Servei de medicina interna. Hospital de l'Esperit Sant. Santa Coloma de Gramenet (Barcelona)
- V-06 SÍNDROME POLIGLANDULAR AUTOIMMUNE, A PROPÒSIT DE DOS CASOS**
A. Sabater¹, N. Manresa¹, C. Varillas¹, E. Ñasco¹, M. Molina¹, I. Simó², J. Vendrell², C. Richart¹
¹Servei de Medicina Interna, ²Servei de Endocrinologia. Hospital Universitari de Tarragona Joan XXIII. Tarragona
- V-07 DOCÈNCIA DE PREGRAU ALS SERVEIS DE MEDICINA INTERNA CATALANS**
C. Fornós¹, J. Delás¹, W. Penzo⁴, C. Morcillo², R. Salas¹, N. Parra³, R. Coll¹, A. Lozano¹
¹Servei de Medicina Interna. Hospital Universitari Sagrat Cor. Barcelona
²Servei de Medicina Interna. Centro Internacional de Medicina Avanzada, S. A. (CIMA). Barcelona
³Unitat de Recerca. Sant Joan de Déu. Serveis de Salut Mental
⁴Facultat De Medicina. Universitat De Barcelona



XIII Barcelona

DISSABTE 23 DE MAIG

- V-09** **PERFIL DE PACIENTES DERIVADOS A HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO DESDE MEDICINA INTERNA**
M. Gil Bermejo
Unidad de Hospitalización a Domicilio. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona)
- V-11** **EL PAPEL DEL INTERNISTA MÁS ALLÁ DE SU SERVICIO: LA INTERCONSULTA DE UN SERVICIO DE TRAUMATOLOGÍA**
J. Torres Martínez¹, A. Serrado Iglesias¹, J. González Ares², F. Afonso Argiles³, X. González Ustes⁴
¹Servicio de Medicina Interna, ²Unidad de Docencia e Investigación, ³Servicio de Geriátrica, ⁴Servicio de Traumatología. Hospital Municipal de Badalona. Badalona (Barcelona)
- V-12** **EL PAPEL DEL INTERNISTA MÁS ALLÁ DE SU SERVICIO: INTERCONSULTA EN ÁREA QUIRÚRGICA**
A. Serrado Iglesias¹, J. Torres Martínez¹, J. González Ares², J. Sahuquillo Llamas¹, A. Alcaide Garriga³
¹Servicio Medicina interna, ²Unidad de Docencia e Investigación, ³Servicio de Cirugía General. Hospital Municipal de Badalona. Badalona (Barcelona)
- V-14** **INTERNISTES I CONSUM DE DROGUES PER VIA INTRAVENOSA**
J. Delás¹, R. Velarde², C. Morcillo³, M. Aguas¹, M. Pons¹, O. Díaz²
¹Servei de Medicina Interna i Farmàcia. Hospital Universitari Sagrat Cor. Barcelona
²SAPS. Creu Roja. Barcelona
³Servei de Medicina Interna. Centro Internacional de Medicina Avanzada, S. A. (CIMA). Barcelona
- V-15** **PNEUMOTÒRAX ESPONTANI SECUNDARI (PES), MANIFESTACIÓ INICIAL D'HISTIOCITOSI DE CÈL. LULES DE LANGERHANS (HCL) I DE MALALTIA PULMONAR PER MICOBACTERIUM KANSASII (MPM), ARREL DE 2 CASOS**
R. Qanneta, T. Auguet, M. Ruiz, E. Castellar, A. Sabater, A. Ródenas, J. Llutart, C. Richart
Servei de Medicina Interna. Hospital Universitari de Tarragona Joan XXIII. Tarragona

XIII Congrés de la Societat Catalano-Balear de Medicina Interna

DISSABTE 23 DE MAIG

V-16 SALES DE CONSUM DE DROGUES PER VIA INTRAVENOSA: L'EXPERIÈNCIA DE BARCELONA

C. Morcillo¹, J. Del s³, R. Velarde⁴, O. D az⁴, N. Parra², M. Aguas⁴, M. Pons³

¹*Servei de Medicina Interna. Centro Internacional de Medicina Avanzada, S. A. (CIMA). Barcelona*

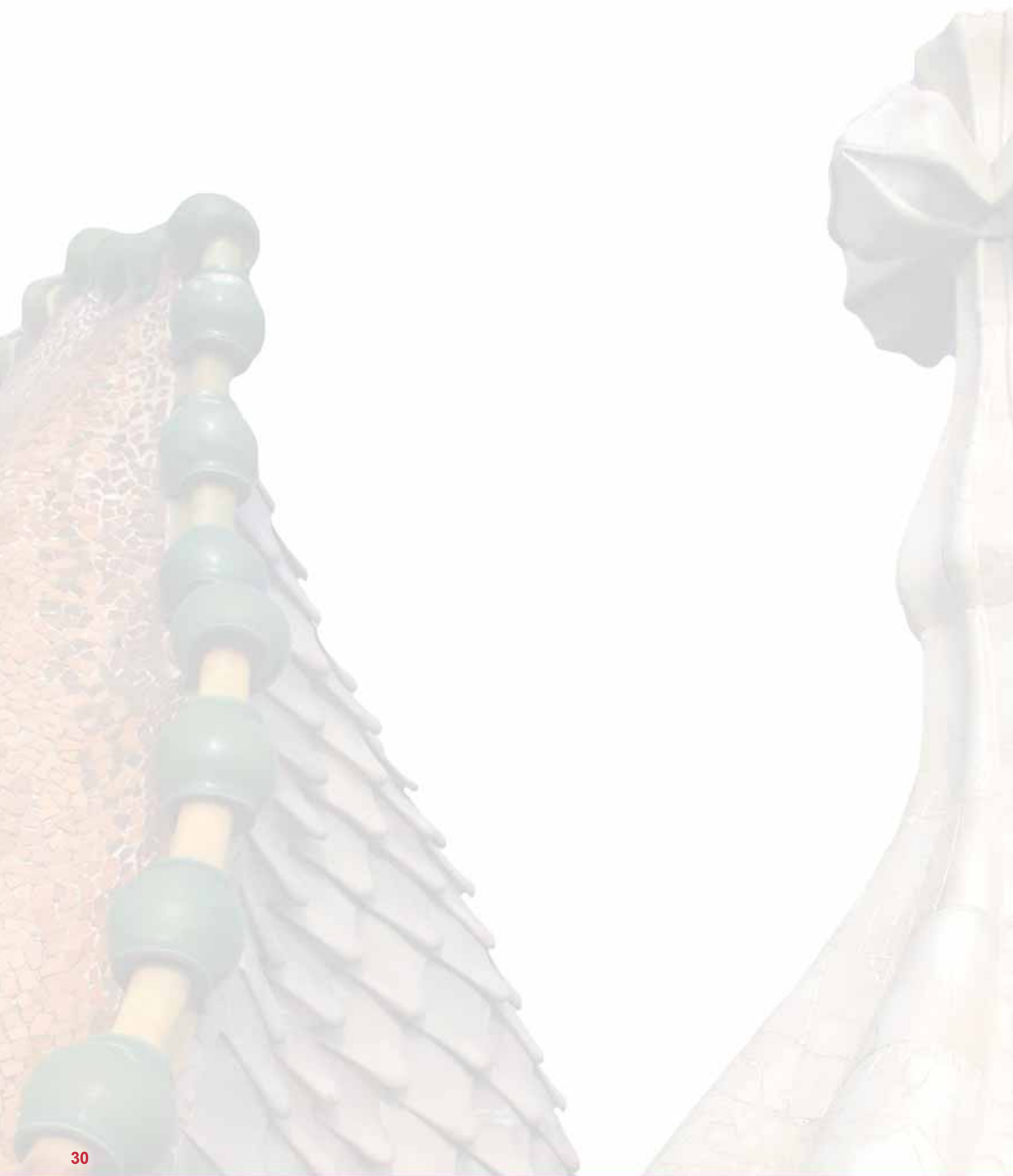
²*Unitat de Recerca. Sant Joan de Déu-Serveis de Salut Mental. Sant Boi de Llobregat (Barcelona)*

³*Servei de Medicina Interna. Hospital Universitari Sagrat Cor. Barcelona*

⁴*SAPS. Creu Roja Barcelona*



XIII Barcelona



ANNEX. LLIBRE DE COMUNICACIONS



XIII Barcelona

INDICE

COMUNICACIONS ORALS

Malalties Infeccioses (A)

A-01	PNEUMÒNIA COMUNITÀRIA BACTERIÈMICA QUE REQUEREIX INGRÉS EN UNA UNITAT D'HOSPITALITZACIÓ CONVENCIONAL: ANÀLISI DE 65 EPISODIS CONSECUTIUS EN UN PERÍODE DE 18 MESOS	37
A-02	CARACTERÍSTIQUES CLÍNiques I EVOLUTIVES DE LES PNEUMONIES PER ASPIRACIÓ INGRESSADES AL SERVEI DE MEDICINA INTERNA	38
A-05	TUBERCULOSI MULTIRESISTENT / EXTREMADAMENT RESISTENT A L'HOSPITAL UNIVERSITARI DE TARRAGONA JOAN XXIII	39
A-07	INFECCIÓ PROTÈTICA AGUDA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVELL	40
A-08	EPIDEMIOLOGIA I MANIFESTACIONS CLÍNiques DE LA INFECCIÓ PER ESPÈCIES DE NOCARDIA AL CAMP DE TARRAGONA, 1997-2008: NOCARDIA CYRIACIGEORGICA ÉS UN PATOGEN EMERGENT	42
A-11	XOC SÈPTIC TUBERCULÓS EN PACIENTS INFECTATS PEL VIH	43
A-12	CARACTERÍSTICAS CLINICO-EPIDEMIOLÓGICAS DE LA DIARREA ASOCIADA A CLOSTRIDIUM DIFFICILE (DACD) EN LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS EN UN HOSPITAL TERCARIO	44
A-17	INCIDENCIA Y CARACTERISTICAS DE LAS INFECCIONES DE DISPOSITIVOS DE NEUROESTIMULACION EN UN PERIODO DE 6 AÑOS (2003-2008).....	46
A-19	ENFERMEDAD DE WHIPPLE	47

Pacient Pluripatològic/ Edat Avançada (EA)

EA-01	CORRELACION DEL ÍNDICE DE CHARLSON CON LA DEFINICION DE PACIENTE PLURIPATOLOGICO EN LOS INFORMES DE ALTA DE UN HOSPITAL DE AGUDOS.....	49
EA-03	PREVALENCIA Y CARACTERÍSTICAS CLÍNiques DE PACIENTES NONAGENARIOS INGRESADOS EN UN HOSPITAL DE AGUDOS	50
EA-04	CONCORDANCIA INTEROBSERVADOR EN LA VALORACIÓN FUNCIONAL DEL ÍNDICE DE BARTHEL	51

Insuficiència Cardíaca (IC)

IC-01	INSUFICIÈNCIA CARDÍACA I ANÈMIA. ESTUDI DESCRIPTIU	52
-------	--	----

XIII Congrés de la Societat Catalano-Balear de Medicina Interna

Inflamació/ Malalties Autoimmunitàries (IF)

IF-02	IMPACTO DE LA SINTOMATOLOGIA NEUROVEGETATIVA EN LOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS DEL SFC, SIN HISTORIA PREVIA DE SINCOPEs	53
IF-04	ESTUDIO DE LA VARIABILIDAD DE LA FRECUENCIA CARDIACA (FC) A TRAVÉS DEL COCIENTE LF/HF DE ACTIVIDAD SIMPÁTICA-PARASIMPÁTICA EN LA VALORACIÓN DE LA DISFUNCIÓN NEUROVEGETATIVA EN PACIENTES AFECTOS DEL SINDROME DE FATIGA CRÓNICA (SFC)	55
IF-06	TACROLIMUS, UN TRATAMIENTO EFICAZ EN PACIENTES CON NEUMOPATÍA INTERSTICIAL Y ANTICUERPOS ANTI-PM/SCL	56
IF-07	ENFERMEDAD DE TAKAYASU. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LA CASUÍSTICA DE UN HOSPITAL COMARCAL	57

Risc Vascular (RV)

RV-01	LAS SUBCLASES LIPOPROTEICAS MEDIDAS POR RESONANCIA MAGNÉTICA NUCLEAR Y EL GENOTIPO DE APOE INFLUENCIAN EL GROSOR DE LA INTIMA-MEDIA CARÓTIDA EN PACIENTES CON LUPUS ERITEROMATOSO SISTÉMICO	59
RV-02	PREVALENCIA DE HIPERTENSION ARTERIAL DE NUEVO DIAGNOSTICO EN PACIENTES RONCADORES CON SOSPECHA DE SAOS	60
RV-04	GRAU DE CONTROL DELS DIFERENTS FACTORS DE RISC VASCULAR EN PACIENTS AMB DIABETIS MELLITUS TIPUS 2	61
RV-06	LA PCRUS SE CORRELACIONA CON LA PRESENCIA DE ATEROMATOSIS CAROTÍDEA EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO	62

Tromboembolisme (T)

T-03	TROMBOEMBOLISME PULMONAR EN MAJORS DE 80 ANYS	63
------	---	----

Varis (V)

V-01	ES POT PREDIR LA MORTALITAT DELS MALALTS A L'INGRÉS EN UNA SALA DE MEDICINA INTERNA?	65
V-04	SOSPECHA DE ENFERMEDAD NEOPLASICA COMO MOTIVO DE CONSULTA EN UNA UNIDAD DE DIAGNOSTICO RAPIDO	66
V-08	CARACTERÍSTIQUES CLÍNIQUES I PRONÒSTIC DELS PACIENTS INGRESSATS EN UNA UNITAT DE CURES INTERMITGES DE MEDICINA INTERNA	67
V-13	MANIFESTACIONS OTORRINOLARINGOLÒGIQUES EN LA GRANULOMATOSIS DE WEGENER	68



XIII Barcelona

PÓSTERS

Malalties Infeccioses (A)

A-03	BACTERIÈMIA PER ENTEROBACTERIES PRODUCTORES DE BETALACTAMASES DE ESPECTRE EXTÈS	70
A-04	TUBERCULOSI VERTEBRAL A L'HOSPITAL UNIVERSITARI DE TARRAGONA JOAN XXIII.....	70
A-06	MALALTIA DE POTT: ANÀLISI DE 16 CASOS	72
A-09	TUBERCULOSI EN IMMIGRANTS. CASOS DIAGNOSTICATS A URGÈNCIES SEGONS LA ZONA GEOGRÀFICA DE PROCEDÈNCIA	73
A-10	CONTROLS AMBIENTALS COM A INDICADOR I MESURA D'ALERTA EN LA VIGILANCIA DE LES INFECCIONS PER ASPERGILLUS SPP	74
A-13	ASPERGIL·LOSI NOSOCOMIAL EN UN HOSPITAL COMARCAL	75
A-14	UN ANY D'EXPERIÈNCIA EN EL TRACTAMENT DE LA ENDOCARDITIS INFECCIOSA A LA UNITAT D'HOSPITALITZACIÓ A DOMICILI	76
A-15	ESTUDIO DE INCIDENCIA DE BACTERIEMIA RELACIONADAS CON LOS TIPS EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO Y TERCIARIO EN LOS ULTIMOS 11 AÑOS (1998-2008)	77
A-16	BACTERIEMIAS POR ENTEROBACTERIAS MULTIRRESISTENTES PRODUCTORAS DE BETALACTAMASAS DE ESPECTRO EXTENDIDO. FACTORES ASOCIADOS Y TIPIFICACION DE LAS CEPAS	79
A-18	ESPONDILODISCITIS PIÒGENA EN ADULTS A L' HOSPITAL UNIVERSITARI JOAN XXIII	80

Pacient Pluripatològic/ Edat Avançada (EA)

EA-02	EL PACIENTE PLURIPATOLÓGICO INGRESADO EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL	81
EA-05	ESPONDILODISCITIS EN GENT GRAN	82

Insuficiència Cardíaca (IC)

IC-02	TRACTAMENT MÈDIC DE LA INSUFICIÈNCIA CARDÍACA SEGONS FUNCIO RENAL I FRACCIÓ D'EJECCIÓ	83
IC-03	HOSPITALITZACIÓ A DOMICILI (HAD): AVALUACIÓ DELS FACTORS PRONÒSTICS DE READMISSIO HOSPITALARIA EN PACIENTS ATEOS PER INSUFICIENCIA CARDIACA CRÒNICA (ICC) DESCOMPENSADA	85

XIII Congrés de la Societat Catalano-Balear de Medicina Interna

Inflamació/ Malalties Autoimmunitàries (IF)

IF-01	BIÒPSIA DE L'ARTÈRIA TEMPORAL EN EL DIAGNÒSTIC DE L'ARTERITIS DE HORTON. ESTUDI RESTROSPECTIU	86
IF-03	LA MESA BASCULANTE EN LA VALORACIÓN DE LA DISFUNCIÓN NEUROVEGETATIVA EN PACIENTES AFECTOS DEL SINDROME DE FATIGA CRÓNICA (SFC) SIN HISTORIA PREVIA DE SINCOPEs	88
IF-05	EVOLUCIÓ DE SD. NEFRÒTIC EN L'AMILOÏDOSI SECUNDÀRIA. PRESENTACIÓ DE 2 CASOS	89

Risc Vascular (RV)

RV-03	RITMO CIRCADIANO DE LA PRESION ARTERIAL Y PREVALENCIA DE HIPERTENSION ARTERIAL EN EL SINDROME DE APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO	90
RV-05	INFRADIAGNOSTICO DE LA OBESIDAD EN LOS HOSPITALES DE AGUDOS	91

Tromboembolisme (T)

T-01	PERFIL DEL PACIENT QUE PRECISA REINGRÉS PRECOÇ POST-TROMBOEMBOLISME PULMONAR	92
T-02	ESCALA DE WELLS SIMPLIFICADA PEL DIAGNÒSTIC DE TROMBOEMBOLISME PULMONAR: ÚTIL A LA POBLACIÓ D'EDAT AVANÇADA?	93
T-04	ADEQUACIÓ DE LA PROFILAXI ANTITROMBÒTICA EN PACIENTS AMB PATOLOGIA MÈDICA INGRESSATS DES D'URGÈNCIES	95
T-05	ESTACIONALITAT A LA INCIDÈNCIA, SOSPITA CLÍNICA I MORTALITAT DE TROMBOEMBOLISME PULMONAR	96
T-06	DIAGNÒSTIC ALTERNATIU A URGÈNCIES DEL TROMBOEMBOLISME PULMONAR EN UN HOSPITAL UNIVERSITARI DE TERCER NIVELL	97
T-07	CARACTERÍSTIQUES CLÍNIQUES DELS PACIENTS ATEsos EN UNA CONSULTA ESPECÍFICA DE MALALTIA TROMBOEMBÒLICA VENOSA	98
T-08	TROMBOSI VENOSA A EXTREMITATS SUPERIORS EN PACIENTS ATEsos EN UNA CONSULTA ESPECÍFICA DE MEDICINA INTERNA	99



XIII Barcelona

Varis (V)

V-02	MÈTODES DIAGNÒSTICS D'UNA SÈRIE DE PACIENTS AMB SÍNDROME DE SJÖGREN DE L'HOSPITAL UNIVERSITARI JOAN XXIII	100
V-03	MANIFESTACIONS CLÍNIQUES EN UNA SÈRIE DE PACIENTS AMB SÍNDROME DE SJÖGREN DE L'HOSPITAL UNIVERSITARI JOAN XXIII	102
V-05	CARACTERÍSTIQUES CLÍNIQUES I EPIDEMIOLÒGIQUES DE LES HEPATITIS AGUDES EN UN HOSPITAL COMARCAL	103
V-06	SÍNDROME POLIGLANDULAR AUTOIMMUNE, A PROPÒSIT DE DOS CASOS	104
V-07	DOCÈNCIA DE PREGRAU ALS SERVEIS DE MEDICINA INTERNA CATALANS	105
V-09	PERFIL DE PACIENTES DERIVADOS A HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO DESDE MEDICINA INTERNA	106
V-10	AFECCIÓ RENAL DIFERENT DE LA CRISI RENAL ESCLERODÈRMICA EN PACIENTS AMB ESCLEROSI SISTÈMICA	108
V-11	EL PAPEL DEL INTERNISTA MÁS ALLÁ DE SU SERVICIO: LA INTERCONSULTA DE UN SERVICIO DE TRAUMATOLOGÍA	108
V-12	EL PAPEL DEL INTERNISTA MÁS ALLÁ DE SU SERVICIO: INTERCONSULTA EN ÁREA QUIRÚRGICA	109
V-14	INTERNISTES I CONSUM DE DROGUES PER VIA INTRAVENOSA	111
V-15	PNEUMOTÒRAX ESPONTANI SECUNDARI (PES), MANIFESTACIÓ INICIAL D'HISTIOCITOSI DE CÈL. LULES DE LANGERHANS (HCL) I DE MALALTIA PULMONAR PER MICOBACTERIUM KANSASII (MPM), ARREL DE 2 CASOS	112
V-16	SALES DE CONSUM DE DROGUES PER VIA INTRAVENOSA: L'EXPERIÈNCIA DE BARCELONA	113

COMUNICACIONS ORALS

Malalties Infeccioses (A)

A-01

PNEUMÒNIA COMUNITÀRIA BACTERIÈMICA QUE REQUEREIX INGRÉS EN UNA UNITAT D'HOSPITALITZACIÓ CONVENCIONAL: ANÀLISI DE 65 EPISODIS CONSECUTIUS EN UN PERÍODE DE 18 MESOS

F. Llopis Roca¹, J. Jacob Rodríguez¹, C. Ferré Losa¹, A. Juan Pastor², G. Alonso Fernández¹

¹Servei d'Urgències. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona)

²Departament de Medicina. Hospital de Sant Boi. Sant Boi de Llobregat (Barcelona)

Objectius. Avaluar les característiques i evolució dels pacients amb pneumònia d'adquisició comunitària (NAC) bacterièmica que requereix ingrés en una unitat d'hospitalització convencional.

Material i Mètodes. Estudi retrospectiu mitjançant revisió d'informes d'alta d'hospitalització dels pacients amb NAC bacterièmica atesos durant 18 mesos consecutius (novembre 2005 – abril 2007). S'exclouen de l'anàlisi els pacients que requereixen ingrés d'entrada en una unitat de cures intensives, aquells amb pneumònia aspirativa, empiema, immunodepressió, insuficiència renal en programa de diàlisi i infecció pel VIH. S'analitzen les següents variables: edat, gènere, comorbiditat, procedència, classificació pronòstica (Fine, CURB 65), microbiologia (esput, antígens en orina, hemocultius, serologies), tractament antibiòtic, dies d'ingrés, destí a l'alta i reconsulta.

Resultats. 608 pacients >18 anys amb diagnòstic presumptiu o confirmat de NAC van ingressar en una unitat d'hospitalització convencional, de les quals 65 (10,7%) bacterièmiques i considerades per a l'anàlisi. L'edat mitja fou 65,8 anys (rang 18 - 92, DE $\pm$ 17,1), 36 (55,4%) homes, 62 procedien de domicili i 3 (4,6%) de residència. Atenent a les classificacions pronòstiques, 13 casos (20%) foren Fine de baix grau, 19 (29,2%) Fine III, 29 (44,6%) Fine IV i 4 (6,2%) Fine V. 21 casos (32,3%) foren CURB 1, 23 (35,4%) CURB 2 i 7 (10,8%) CURB 3. La NAC bacterièmica fou per *S pneumoniae* en 52 casos (80%), *H influenzae* en 8 (12,3%), *P aeruginosa* en 2 (3,1%) i d'altres en 3 (4,6%). L'antigen de pneumococ en orina es va sol. Licitat en 48 de 52 casos (92,3%) de bacterièmia pneumocòccica, essent positius 42 (87,5%) i negatius 6 (12,5%). Únicament es va recollir i realitzar cultiu d'esput en 10 (19,2%) de les 52 pneumònies pneumocòcciques bacterièmiques, aïllant-se *S pneumoniae* en el 50% de casos. En 6 de 8 (75% pneumònies bacterièmiques per *H influenzae* es va realitzar cultiu d'esput, essent positiu pel citat germen en 5 (83,3%). Es va realitzar serologies en 21 (32,3%) casos, produint-se seroconversió a les 4 setmanes en 4 (2 *C pneumoniae*, 1 *C burnetti* i 1 *legionella*). El 100% de pacients rebé tractament antibiòtic empíric, majoritàriament ceftriaxona en 45 casos (69,2%) (32 monoteràpia i 13 en combinació amb levofloxacina), 11 levofloxacina, 5 amoxicil·lin-clavulànic i 4 d'altres. L'estada mitja global fou 7,67 dies (rang 1 - 30, DE $\pm$ 5,44). 2 pacients (3,1%) van morir, 5 (7,7%) foren seguits per l'equip d'hospitalització en domicili i 1 traslladat a centre de subaguts. 8 pacients (12,7%) visitaren el servei d'urgències en els 10 dies següents a l'alta (5 reingressos) i 2 (3,2%) en els 30 dies següents (1 reingrés).



XIII Barcelona

Discussió. La NAC és una patologia d'alta prevalença, essent *S pneumoniae* el microorganisme més freqüentment aïllat. A la vegada, també ho és en aquells pacients que presenten bacterièmia, la qual cosa pot implicar més gravetat. A l'hora d'intentar identificar l'agent causal, la comoditat i rapidesa en la realització d'antigenúria fa que la sol. Licitud d'aquesta (92,3%) sigui molt més alta que la recollida i cultiu d'esput (19,2%), tècnica que, tot i ésser senzilla i més barata, requereix de més esforç per part del professional mèdic i de la col. Laboració del pacient. Tot i això, l'espera en la identificació del microorganisme no ens ha de fer demorar l'inici del tractament antibiòtic empíric.

Conclusions. 1. Les NAC bacterièmiques representen més del 10% de les NAC ateses en el servei d'urgències que requereixen ingrés en una unitat d'hospitalització convencional. 2. L'agent etiològic més prevalent és *S pneumoniae* en el 80% de casos, i la sensibilitat en la detecció d'antigen en orina és alta (87,5%). 3. En la nostra sèrie la mortalitat és baixa (3,1%), essent la revisita al servei d'urgències en els 10 primers dies següents a l'alta del 12,7%, probablement degut a una estada mitja baixa (7,67 dies).

A-02

CARACTERÍSTIQUES CLÍNIQUES I EVOLUTIVES DE LES PNEUMONIES PER ASPIRACIÓ INGRESSADES AL SERVEI DE MEDICINA INTERNA

N. Rodríguez, O. Torres, R. Moras, M. Lamarca, J. Mascaró, D. Ruiz, J. Casademont

Servei de Medicina Interna. Fund. de Gest. Sanitaria de l'Hospital de la Sta. Creu i Sant Pau. Barcelona

Objectius. Analitzar les característiques clíniques i evolutives dels pacients ingressats per pneumònia per aspiració (p. A.) a les sales de medicina interna.

Material i Mètodes. Estudi prospectiu observacional de pacients ingressats amb p. A. durant el període Març 07-Desembre 08a les sales de Medicina Interna. Es va registrar la gravetat (Índex-I- Fine), l'estat funcional (I. Barthel previ) i la comorbiditat (I Charlson). Els resultats s'analitzaren amb el sistema SPSS v15.

Resultats. Es van analitzar 87 pacients amb edat $83 \pm 14,7$ (52,9% dones). El 93,3% eren ≥ 65 anys, el 48% institucionalitzats i amb elevada freqüència de síndromes geriàtriques (les més freqüents: delirium 56,3% i polifarmàcia 56,1%). A l'ingrés: I. Barthel $32,2 \pm 31,7$, albumina $29,7 \pm 5,4$, IMC $22,4 \pm 3,3$, I. Charlson $2,7 \pm 1,7$, I. Fine $128,6 \pm 28,7$ (53% classe V). Els pacients van trigar $3,9 \pm 5,9$ dies a consultar i reberen la primera dosi d'antibiòtic als $191,86 \pm 340,22$ minuts del diagnòstic. Els principals factors de risc foren la disfàgia neurològica 57,1%, la disminució del nivell de consciència 10,3% i la disfàgia per altres causes 9,1%. Les comorbiditats més destacables van ser: demència 69%, accident vascular cerebral 33,3%, insuficiència cardíaca 20,7%, MPOC 19,5%. Es va realitzar estudi etiològic en el 65,5% però només en 11 casos es va identificar l'agent causal (4 pneumococs, 2 pseudomones, 2 *S. aureus*, 1 *Citrobacter koseri*, 1 *S. viridans*). L'antibiòtic empíric d'elecció va ser la amoxicilina-clavulànic 48% seguit de levofloxací+anaerobicida 36,5%, es va canviar la terapèutica en un 56,2% principalment per adequació del tractament 18%, falta de resposta 11,4% i empitjorament clínic 7,9%. La mortalitat intrahospitalària fou de 39,1% i l'estada mitjana $17,2 \pm 18$ dies.

XIII Congrés de la Societat Catalano-Balear de Medicina Interna

Discussió. Les p. A. afecten al nostre medi a pacients altament institucionalitzats amb dependència uncial severa, lleu desnutrició i elevada comorbiditat neurològica. El retràs des de l'inici dels símptomes fins a la consulta s'explicaria per les característiques basals dels pacients associat a la inespecificitat dels símptomes (1), moltes vegades presentant-se en forma de síndromes geriàtriques com el delirium. Tot i així, el temps d'inici del tractament a la nostra sèrie es pot considerar acceptable. D'altra banda, les p. A. són infeccions greus amb estades hospitalàries llargues i elevada mortalitat. Més enllà de la gravetat que assenyalava el propi I. Fine, el tipus de població afectada amb elevada dependència funcional (2) i risc d'aspiracions de repetició podria explicar el curs clínic insidiós i l'elevada mortalitat. De fet si l'I. de Fine s'ha mostrat poc específic en la població anciana (3) probablement encara ho sigui menys en la p. A. Un altre factor important a considerar és que en molts casos es tracta de pneumònies relacionades amb dispositius sanitaris i per tant amb possibilitat de microorganismes resistents als antibiòtics empírics. Tot i que és difícil l'obtenció d'esputs de bona qualitat en la població estudiada, un major èmfasi en l'estudi microbiològic precoç d'aquestes p. A. podria ajudar a optimitzar el tractament antibiòtic. 1. Relevance of Aspiration Pneumonia as a Cause of Community-Acquired Pneumonia Requiring Hospitalization, Roson B, Carratala J et al., Abstr Intersci Conf Antimicrob Agents Chemother, 1999 Sep 26-29; 39:659 (abstract no.521); 2. Factores pronósticos de la neumonía por aspiración adquirida en la comunidad, A. Ramos et al., Med. Clín. (Barc) 2002;119(3):81-4; 3. Outcome Predictors of Pneumonia in Elderly Patients: Important of Functional Assessment, Olga H. Torres et al., J Am Geriatr Soc 52:1603-1609, 2004.

Conclusions. Es tracta d'una malaltia greu que afecta a població anciana amb important dependència funcional, freqüentment institucionalitzada i amb alta comorbiditat, especialment neurològica. L'evolució clínica insidiosa precisa sovint de canvi de l'antibiòtic empíric, presentant estades hospitalàries llargues així com elevada mortalitat.

A-05

TUBERCULOSI MULTIRESISTENT / EXTREMADAMENT RESISTENT A L'HOSPITAL UNIVERSITARI DE TARRAGONA JOAN XXIII

N. Manresa¹, O. Portolà¹, C. Piqueras¹, D. Riesco¹, A. Sabater¹, F. Gómez², J. Ventosa⁴, C. Richart¹

¹Servei de Medicina Interna, ²Servei de Microbiologia, ³IISPV. Universitat Rovira i Virgili, ⁴Servei de Pneumologia. Hospital Universitari de Tarragona Joan XXIII. Tarragona

Objectius. Estudi descriptiu dels pacients diagnosticats de tuberculosi multiresistent (MDR-TB)/ extremadament resistent (XDR-TB) a l'Hospital Universitari de Tarragona Joan XXIII.

Material i Mètodes. Estudi observacional retrospectiu d'una sèrie de pacients (p) majors de 16 anys, diagnosticats i tractats de MDR/XDR-TB en el període comprés entre els anys 2003 a 2008 a l'Hospital Universitari de Tarragona Joan XXIII. Es va definir MDR-TB en evidenciar resistència a rifampicina i isoniazida i XDR-TB si s'afegia resistència a quinolones i a algun dels tuberculostàtics injectables. Es va realitzar estudi de sensibilitat (Abg) d'isoniazida (H), rifampicina (R), pirazinamida (Z), etambutol (E), estreptomycina (S),



XIII Barcelona

kanamicina (Km), capreomicina (Cm), levofloxací (Lfx), moxifloxací (Mfx), etionamida (Eto), cicloserina (Cs), PAS, linezolid (Lz) i Hidracida A. Tiofe-C (HA). S'analitzaren dades epidemiològiques, tractament i l'evolució.

Resultats. Tres pacients, 2 homes i 1 dona, amb una edat mitjana 29+/-7 a. van presentar MDR/XDR-TB. L'origen dels pacients va ser: Romania, Bulgària i India. El temps mitjà des de l'última estada al seu país d'origen va ser 8 mesos (rang 1-18). La distribució del diagnòstic per anys va ser 1 pacient al 2007 i 2 al 2008. Com a factors predisponents es van identificar antecedent de contacte previ en 1 p, diabetis tipus 1 en 1 p, antecedent d'infecció TB prèvia amb tractament correcte en 1 p i incorrecte en un altre. La localització va ser pulmonar en tots els casos. El patró de resistències, tractament empíric inicial i tractament definitiu guiat per l'Abg es mostra a la taula 1. La negativització del cultiu en medi de Löwenstein-Jensen (LW) després d'iniciar tractament segons Abg va oscil·lar entre 1 i 3 mesos. Com a efecte advers 2 p van presentar polineuropatia. Actualment es troben els 3 pacients pendents de finalitzar tractament, dos en règim de tractament directament observat (DOT).

Discussió. La MDR/XDR-TB és una patologia emergent en el nostre medi. Afecta majoritàriament a persones joves que procedeixen de països estrangers, particularment de les zones geogràfiques amb major incidència de multiresistència. D'acord amb el que està publicat, es tracta habitualment d'una malaltia de localització pulmonar. L'evolució ha estat favorable amb règims terapèutics que han inclòs un mínim de 4 fàrmacs actius administrats en règim de DOT.

Conclusions. 1. Cal excloure MDR/XDR-TB en els pacients amb TB pulmonar procedents d'àrees amb alta endèmia de multiresistència. 2. El DOT dirigit segons Abg és una eina útil pel bon maneig d'aquests pacients.

Taula 1. Característiques dels casos de MDR/XDR-TB (A-05)

	RESISTÈNCIES	TRACTAMENT INICIAL	TRACTAMENT x Abg
CAS 1 (MDR-TB)	H,R,Z,E S, Eto, PAS,HA	H,R,Z,E	Lfx,Pt,Cm,Lz,Cs,AmxClav
CAS 2 (MDR-TB)	H,R,Z, S,HA	H,R,Z,E	E,Cs,Lz,Lfx,Am,AmxClav,Azitro
CAS 3 (XDR-TB)	H,R,Z,E S,Km,Cs,Eto,Mfx,PAS,HA	H,R,Z,E, Pt,Lfx,Cs,Cm,Lz	Cm,Lz,Claritro,AmxClav

A-07

INFECCIÓ PROTÈTICA AGUDA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVELL

N. Vilanova Anducas¹, A. Castro Guardiola¹, R. González Hernández²,
A. Palou Rispau¹, D. Noriego Muñoz², J. Uriel Cano¹, F. García-Bragado Dalmau¹

¹Servei de Medicina Interna, ²Servei de Cirurgia Ortopèdica i Traumatologia.

Hospital Universitari de Girona Dr. Josep Trueta. Girona

Objectius. Conèixer l'etiologia de les infeccions protètiques agudes en el nostre centre i avaluar-ne el maneig terapèutic.

XIII Congrés de la Societat Catalano-Balear de Medicina Interna

Material i Mètodes. Revisió retrospectiva des del gener 2006 al gener 2009 de totes les infeccions protètiques agudes en el nostre centre. Recollida de paràmetres epidemiològics, diagnòstics, terapèutics i evolutius. Hem considerat infecció protètica aguda: 1. Infecció Postquirúrgica precoç: es presenta en les primeres 4 setmanes després de la cirurgia. 2. Infecció Hematògena: es presenta en menys de 4 setmanes d'un focus infecció conegut o bé pròtesis asintomàtica amb clínica d'origen sobtat. Considerem no fracàs: retenció de la pròtesi sense signes d'infecció activa i funcionalitat conservada en el moment del seguiment. Anàlisi estadístic mitjançant SPSS 12.0.

Resultats. S'ha inclòs 17 pacients amb infecció protètica aguda. Durant aquest període s'han implantat 865 pròtesis, la incidència d'infecció postquirúrgica precoç és del 1'4%. La edat mitjana és de 70'1 anys (DE 11'4), el sexe femení representa el 64'7% dels casos. Segons la localització: genoll (58'8%), maluc (35'3) i espatlla (5'9%). La infecció s'ha considerat postquirúrgica precoç en el 70'6% dels casos i hematògena aguda en el 29'4%. La mitjana de temps entre la implantació de la pròtesi i la constatació dels símptomes és de 14 (DE 10) dies en les infeccions postquirúrgiques precoces. Les infeccions hematògenes agudes van aparèixer en una mitjana de 7'2 anys [11 dies -14'1 anys] després de la implantació de la pròtesi. Els símptomes més freqüents en el moment del diagnòstic són dolor en 82'4% (n=14) i flogosi 76'5% (n=13). El 100% de les infeccions protètiques agudes són monomicrobianes, essent els gèrmens més freqüentment implicats: S. Aureus en un 35'3%, Enterobacteris en un 25'3% (veure taula). El grup antibiòtic més utilitzat de forma empírica és el de les quinolones (82'4%). La pauta antibiòtica empírica ha estat activa en el 76'5% (n=13), els 4 casos en els que no ha estat activa són: cultius negatius (en 2), E. Coli resistent a quinolones i Enterococcus faecalis. La duració total del tractament antibiòtic és de mitjana de 96 dies. En el 82'4% (n=14) s'ha realitzat desbridament amb retenció de la pròtesi, en un cas s'ha realitzat recanvi en 2 temps i en 2 casos no s'ha realitzat cirurgia. El temps mig de seguiment ha estat de 11 mesos [2-21], durant aquest període no s'ha detectat fracàs en el 76'5%. Tres casos s'han considerat fracàs: 2 artroplasties de resecció i un recanvi en 2 temps.

Discussió. La incidència d'infecció protètica postquirúrgica precoç és del 1'4%, similar a la que és presenta en altres series. Els gèrmens més freqüentment implicats en les infeccions protètiques agudes són S. Aureus i els Enterobacteris. La pauta empírica utilitzada en el nostre centre és activa en el 76'5% dels casos. No considerem indicat la utilització de forma empírica d'antibiòtics d'ampli espectre per al tractament de les infeccions protètiques agudes en el nostre centre.

Conclusions. El tractament precoç amb pauta antibiòtica empírica incloent quinolones, juntament amb desbridament quirúrgic, és eficaç en el tractament de la infecció protètica postquirúrgica precoç. El tractament de la infecció hematògena aguda s'ha d'individualitzar i adequar al focus que origina la infecció.



XIII Barcelona

Gèrmens implicats en les infeccions protètiques agudes (A-07)

Tipus infecció	n	Etiologia
POSTQUIRÚRGICA PRECOÇ	12 (70'6%)	S. Aureus (5), S. Epidermidis (1), E. Coli (1), Altre Enterobacteri (1), Enterococcus faecium (1), S. Pyogenes (1), negatius (2)
HEMATÒGENA AGUDA	5 (29'4%)	S. Aureus (1), E. Coli (2), Pseudomona aeruginosa (1), S. Pneumoniae (1)

A-08

EPIDEMIOLOGIA I MANIFESTACIONS CLÍNIQUES DE LA INFECCIÓ PER ESPÈCIES DE NOCARDIA AL CAMP DE TARRAGONA, 1997-2008: NOCARDIA CYRIACIGEORGICA ÉS UN PATOGEN EMERGENT

O. Portolà¹, R. Guitart², J. Llutart¹, M. Roca¹, F. Gómez³, M. Olona⁴, F. Vidal⁵, A. Castro²

¹Servei de Medicina Interna, ³Servei de Microbiologia, ⁴Servei de Medicina

Preventiva, ⁵IISPV. Univ. Rovira i Virgili. Hospital Universitari de Tarragona Joan XXIII. Tarragona

²Servei de Medicina Interna. Hospital Universitari Sant Joan de Reus. Reus (Tarragona)

Objectius. Presentació dels pacients afectats de nocardiosi diagnosticats en dos centres hospitalaris d'una mateixa àrea sanitària per conèixer l'epidemiologia i característiques clíniques.

Material i Mètodes. Estudi observacional descriptiu retrospectiu d'una sèrie de pacients, majors de 14 a. diagnosticats (dx) i tractats d'infecció per Nocardia (N.) als Hospitals Universitaris Joan XXIII de Tarragona i Sant Joan de Reus entre gener de 1997 i juny de 2008. Les soques de N. es van aïllar a partir de medis de cultiu no selectius per bacteris aerobis i després d'una identificació preliminar es van remetre a un laboratori de referència per la seva identificació final (proves fenotípiques convencionals o seqüenciació del 16S rADN). L'estudi de sensibilitat antibiòtica (Abg) es realitzà amb la tècnica de Etest (AB Biodisk). El dx d'infecció per N. s'establí en identificar N. en una mostra clínica d'un pacient simptomàtic. S'utilitzà l'índex de comorbiditat de Charlson (ICCh) per calcular la comorbiditat i en els pacients en els que la infecció per N. fou la causa principal de mort, aquesta es considerà directament relacionada. La descripció de les variables s'efectuà mitjançant mitjana i desviació estàndard per les variables contínues, i freqüències absolutes i relatives per les variables categòriques. S'ha calculat la incidència anual d'infeccions per N. en la població de referència i d'aïllaments. Per avaluar la variació interanual en la incidència, s'ha utilitzat la distribució de Poisson per estudi d'events estranys. El nivell de significació estadística acceptat ha estat $p \leq 0.05$. Les variables i dades foren tractades mitjançant el paquet estadístic SPSS PC 11.5.

Resultats. Es van estudiar 22 pacients (p), 17 homes, amb una edat mitjana de $63,2 \pm 19,2$ a. Les formes clíniques més freqüents van ser infeccions respiratòries (15/22, 68%, 8 bronquitis i 7 pneumònies) en pacients amb malaltia pulmonar obstructiva crònica (10/22, 45%) i cutànies (4/22, 19%). 19 p (86%) presentaven comorbiditats que comportaven immunosupressió i coexistia més d'una comorbiditat en 16 (72%). La mitjana (desviació típica) de l'ICCh va ser de 2,95 (2,95). Les infeccions van ser causades per set espècies de

XIII Congrés de la Societat Catalano-Balear de Medicina Interna

N. diferents essent les predominants N. asteroides (n=6), N. abscessus (n=4) i N. cyriacigeorgica (n=4). Es va obtenir Abg en 16/22 aïllaments i en tots ells l'espècie de Nocardia era sensible a cotrimoxazol. N. cyriacigeorgica va ser responsable d'infeccions respiratòries, 2 bronquitis i 2 pneumònies amb una taxa de mortalitat del 50%. La mortalitat global va ser del 31,5%, del 50% en les formes disseminades, del 40% en les respiratòries i del 0% en les cutànies

Discussió. Les infeccions per N., excepte les cutànies, es produeixen generalment en persones amb malalties de base predisponents. A la nostra sèrie, més del 80% dels pacients presentaven un ICCh elevat. Bronquitis, pneumònia i la infecció de pell i annexes, aquesta amb existència d'antecedent de traumatisme local previ, van resultar les formes de presentació clínica més comuns. Les espècies de N. més freqüentment aïllades a la nostra sèrie han estat N. asteroides seguida de N. abscessus i N. cyriacigeorgica. Aquesta darrera és una espècie de N. categoritzada recentment, es considera un patògen emergent. En la nostra sèrie ha estat aïllada en 4 p amb infecció respiratòria amb elevada comorbiditat i en 2 p amb presència de coinfecció per *Apergillus*, que contribuï a l'evolució desfavorable. El cotrimoxazol segueix essent una opció vàlida com a tractament empíric si sospitem infecció per N. Totes les soques de les que vam disposar d'Abg van ser sensibles.

Conclusions. Les infeccions per N. són infreqüents al nostre medi. Les formes clíniques habituals són les infeccions respiratòries en pacients amb comorbiditat i infecció cutània d'evolució tòrpida. Observem un increment en l'aïllament de N. cyriacigeorgica. Cotrimoxazol és un fàrmac útil pel tractament de la infecció per N.

A-11

XOC SÈPTIC TUBERCULÓS EN PACIENTS INFECTATS PEL VIH

C. Guerrero Buitrago¹, J. Tort Brutau¹, A. Vila Belmonte¹, G. Schmidt²,
A. Arizmendi Demay³, M. Aranda Sánchez¹, J. Armengol Sánchez⁴, F. Bella Cueto¹

¹Servei de Medicina Interna, ²Laboratori Microbiologia, ³UCI, ⁴Servei de Pneumologia. Hospital de Terrassa. Terrassa (Barcelona)

Objectius. El xoc sèptic tuberculós (XST) és una forma hiperaguda de tuberculosi disseminada amb col·lapse cardiovascular i elevat risc de mort en poques hores. L'objectiu de l'estudi és conèixer les característiques clíniques i el pronòstic del XST en pacients infectats pel VIH.

Material i Mètodes. Estudi retrospectiu de tots els pacients amb XST i infecció VIH, admesos a l'Hospital de Terrassa en el període 1994-2008. El criteri d'inclusió fou la presència de xoc sèptic de causa no coneguda junt amb un hemocultiu positiu per *Mycobacterium tuberculosis* o 2 o més cultius positius per M. tuberculosis en llocs diferents. Els pacients amb hemocultiu positiu per altres patògens van ser exclosos.

Resultats. Durant el període de l'estudi, 292 pacients van ser diagnosticats de tuberculosi i infecció pel VIH. D'aquests, 8 pacients (3%) van ser diagnosticats de XST. Tots eren homes. Edat 38 ± 10 anys,



XIII Barcelona

Tots eren fumadors i 6 havien estat internats en centres penitenciaris i eren usuaris de drogues per via parenteral. Existia co-infecció pel VHC en 4, enolisme en 3 i un pacient estava afectat per un mieloma múltiple. Únicament hi havia història prèvia de tuberculosi en un pacient. El recompte de CD4 va ser de 50 ± 10 cèl·lules/L. Els símptomes de presentació van ser hipotensió (8 casos) símptomes constitucionals (6) dolor abdominal (6) símptomes respiratoris (6) febre (5) febrícula (2) i convulsions amb hipoglucèmia (2). A l'exploració destacava hepatomegàlia (7 casos) adenopaties (3 casos) i esplenomegàlia (2 casos). La radiografia de tòrax mostrà un patró reticulonodulillar en 7 casos, mentre que el típic patró mil·liar es va observar en un sol cas. El diagnòstic de presumpció a urgències va ser de pneumònia per *Pneumocystis jiroveci* en la meitat dels casos. Tots els pacients presentaven pancitopènia, allargament TP i TTP, hipoxèmia i acidosi metabòlica, mentre que presentaven elevació d'aminotransferasa el 87.5%, elevació de LDH el 83.3%, hipoglucèmia el 75% i hiponatrèmia el 75%. El M. tuberculosi va ser cultivat en esput (4 casos) orina (4 casos) broncoaspirat (3 casos) hemocultiu (3 casos), femta (2 casos) adenopatia (1 cas) abscess subcutani (1 cas) medulla òssia (1 cas) i líquid pleural (1 cas). En cultius post-mortem, es recuperà M. tuberculosi de teixit pulmonar (3 casos), melsa (3 casos) fetge (2 casos) i gangli (1 cas). La mitjana de cultius positius per pacient va ser de $3,4 \pm 1,8$. Set pacients varen ser admesos a la UCI i un va morir a urgències. Van morir 6 pacients (75%).

Discussió. El XST és una complicació infreqüent de la tuberculosi que pot afectar pacients amb infecció VIH severament immunodeprimits. La sèrie que presentem és la més extensa de les comunicades a la literatura. Cal destacar la freqüent presentació de dolor abdominal, pancitopènia, hipoglucèmia, hiponatrèmia i acidosi metabòlica, així com l'elevada mortalitat d'aquest casos. L'elevació de les LDH juntament amb un patró reticulonodulillar, observat freqüentment en aquest pacients, pot plantejar el diagnòstic diferencial amb la pneumònia per *Pneumocystis jiroveci*. Creiem que cal considerar l'inici de tractament tuberculostàtic precoç davant d'un pacient amb infecció per VIH i sèpsia greu de causa desconeguda, especialment si existeixen una o més de les manifestacions mencionades.

Conclusions. 1) El xoc sèptic és una complicació infreqüent i molt greu de la tuberculosi en pacients amb infecció VIH. 2) Cal destacar la relativa similitud en la forma de presentació clínica i analítica. 3) Cal considerar l'inici de tractament tuberculostàtic precoç davant de la sospita clínica d'aquest quadre.

A-12

CARACTERÍSTICAS CLINICO-EPIDEMIOLÓGICAS DE LA DIARREA ASOCIADA A CLOSTRIDIUM DIFFICILE (DACD) EN LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS EN UN HOSPITAL TERCIARIO

M. Franco¹, J. López-Contreras¹, M. Cotura¹, T. Llovet², D. Filella¹, V. Pomar¹, M. Gálvez¹, M. Gurgui¹

¹Unitat de Malalties Infeccioses. Servei de Medicina Interna, ²Servei de Microbiologia. Fund. de Gest. Sanitaria de l' Hospital de la Sta. Creu i Sant Pau. Barcelona

XIII Congrés de la Societat Catalano-Balear de Medicina Interna

Objectius. Describir las características clínico-epidemiológicas, factores de riesgo, tratamiento y evolución de los pacientes ingresados con un primer episodio de DACD en un hospital terciario.

Material i Mètodes. Estudio observacional retrospectivo. Àmbito: Hospital universitario y terciario de 620 camas situado en el centro de Barcelona. Periodo: 1 de Enero de 2008 a 31 de diciembre de 2008. Se obtuvo el listado de todos los pacientes con toxina A - B positivas del citado periodo. Criterios de inclusión: edad >18 años, detección de la toxina por primera vez, estar hospitalizado en el momento de la detección, tener 3 o más deposiciones líquidas en las 24 horas previas a la toxina o que el médico hubiese valorado el cuadro clínico como DACD. Los datos epidemiológicos, factores de riesgo, clínica, tratamientos y pronóstico se obtuvieron a partir de las historias clínicas. Para estimar la duración de la diarrea se consideró su cese como el primer día sin deposiciones líquidas seguido de 48 horas con deposiciones formes. El criterio para definir recidiva fue el mismo que el utilizado para definir el inicio de la diarrea. Los resultados se analizaron con el paquete estadístico SPSS.

Resultats. Se detectaron 91 toxinas de *Clostridium difficile*, de las cuales 68 pertenecían a pacientes que cumplían los criterios de inclusión. Datos demográficos: Edad media 72 +/- 16.7 años. El 57% fueron mujeres. El índice de Charlson fue 3.3 +/- 2.7. Los pacientes fueron diagnosticados en Medicina Interna 37%, Digestivo 12%, Traumatología 10%, Hematología 10% y Urgencias 10%. Factores de riesgo: el 94% había recibido antibióticos los 2 meses previos. El número medio de antibióticos recibidos fue 2.99 +/- 2.04. El 20.6% había recibido una tanda de antibióticos, el 22.1% 2 tandas y el 51.6% había recibido 3 o más tandas. Los antibióticos más frecuentemente implicados fueron: cefalosporinas, seguidas de quinolonas, otras penicilinas y carbapenémicos. El 95.6% habían recibido inhibidores de la bomba de protones (IBP) o antiulcerosos anti-H2 en el mes previo. El 20.6% había recibido laxantes o enemas y el 28% antieméticos. El 15% habían sido sometidos a exploraciones invasivas del tubo digestivo (colonoscopia, gastroscopia o CREP) 6 meses antes del diagnóstico y el 9% a cirugía digestiva. Clínica y tratamiento: el metronidazol fue el primer tratamiento en el 94% de los casos. Solamente se retiró el antibiótico causal en el 16% de los casos. La duración media del primer tratamiento fue de 10.9 +/- 4.3 días, de 11.3 +/- 4.5 días en el caso de las segundas tandas de tratamiento y de 14 +/- 9.9 días losque precisaron una tercera tanda. Presentaron recidiva de la DACD el 31% de los casos. La estancia media una vez diagnosticada la DACD fue 20.6 +/- 18 días y la estancia media completa fue 37 +/- 32 días. El 15% de los pacientes fallecieron durante el ingreso.

Discussió. La DACD es un problema de salud de importancia creciente en nuestro medio que produce una alta morbi-mortalidad. En nuestro estudio se puede observar un significativo incremento de la estancia hospitalaria en relación con esta entidad lo que supone unos costes adicionales de gran magnitud. Llamen la atención el alto índice de comorbilidad así como que el elevado consumo de antibióticos previos a la DACD y de los IBP y/o antihistamínicos H2 que fue del 95%. La mayor limitación del estudio es la ausencia de un grupo control de similar edad y comorbilidades para conocer mejor el significado de las tasas tan elevadas de utilización de los citados fármacos.

Conclusions. 1. La población hospitalizada con DACD presenta un elevado índice de comorbilidad. 2. El consumo de antibióticos como factor de riesgo principal fue superior al reportado en la literatura, en



porcentaje de pacientes expuestos pero sobre todo en número de tandas de antibioterapia previas al primer episodio de DACD. 3. A pesar del papel controvertido de los IBP y los antihistamínicos H2 en la patogenia de esta entidad, nuestra población mostró unas tasas de utilización muy elevadas (>95%).

A-17

INCIDENCIA Y CARACTERÍSTICAS DE LAS INFECCIONES DE DISPOSITIVOS DE NEUROESTIMULACION EN UN PERIODO DE 6 AÑOS (2003-2008)

M. Cabeza¹, N. Benito¹, J. Molet², R. Pericas³, V. Pomar¹, R. Rodríguez², M. Gurguí¹, J. Casademont¹

¹Servei de Medicina Interna, ²Servei de Neurocirurgia, ³Servei de Microbiologia Clínica. Fund. de Gest. Sanitaria de l' Hospital de la Sta. Creu i Sant Pau. Barcelona

Objectius. Analizar la incidencia y las características de las infecciones asociadas a los dispositivos de neuroestimulación implantados en un hospital terciario en los últimos 6 años.

Material i Mètodes. Se revisaron las historias clínicas de los pacientes a los que se les había implantado un neuroestimulador (NE) entre Enero de 2003 y Diciembre de 2008 (colocación inicial y/o recambios posteriores), y a los que, durante el seguimiento, se les había cursado alguna muestra microbiológica. Se definieron como casos definitivos de infección aquellos en los que: 1) hubo signos inflamatorios locales sobre cualquier zona de implantación del dispositivo y 2a) cultivo positivo del dispositivo (en condiciones estériles) o 2b) presencia de pus sobre el dispositivo. Los casos que cumplieron sólo el criterio 1) ó el 2b), se consideraron infecciones posibles. Se recogieron datos demográficos, de las intervenciones quirúrgicas (IQ), y de las infecciones de los NE: etiología, características clínicas, tratamiento y evolución

Resultats. Durante el periodo de estudio se realizaron 420 IQ (implantación o recambio de los dispositivos de neuroestimulación) en 200 pacientes. En 15 pacientes (7,5%) se realizó un diagnóstico definitivo de infección del NE, y en 9 casos el diagnóstico se consideró posible. Los 15 pacientes con infección definitiva tenían una edad media de 65 años (desviación estándar [DE] 9); 7 eran varones. Diez tenían NE cerebrales profundos, 3 de médula espinal y 2 cerebrales corticales. La indicación de los 10 primeros fue una enfermedad de Parkinson (EP), y del resto, dolor crónico. En 8 casos (53%), la infección se diagnosticó dentro de los 60 días posteriores a la IQ más reciente. Se obtuvo un diagnóstico etiológico en 13 casos. Los microorganismos causales fueron: en 7 casos (54%) *Staphylococcus aureus*; en 3, *estafilococos coagulasa negativa* (SCN) (23%), 1 *Serratia marcescens*, 1 *Streptococcus agalactiae*, 1 *Corynebacterium ssp.* Todos tuvieron síntomas flogóticos locales y sólo 3 tuvieron fiebre. En todos los casos se retiró parcialmente el dispositivo y se realizó tratamiento antibiótico durante una mediana de 23 días (amplitud intercuartílica [AIC] 54). El seguimiento posterior a la infección fue de una mediana de 11 meses (AIC 25), durante el cual 6 casos (40%) tuvieron una recidiva de la infección (al cabo de una mediana de 117 días [AIC 153]). En 5 de las 6 recidivas, se retiró completamente el dispositivo para controlar la infección; en el sexto caso, no se pudo retirar completamente el dispositivo y se mantiene tratamiento antibiótico supresor. Ningún paciente falleció en relación con la

XIII Congrés de la Societat Catalano-Balear de Medicina Interna

infección. En 7 de los pacientes con infección definitiva se reimplantó un nuevo dispositivo; en 4 casos se desestimó la colocación de un nuevo NE y 2 están pendientes de su nueva colocación.

Discussió. Los dispositivos de neuroestimulación constituyen una alternativa terapéutica para trastornos del movimiento (E. P., distonías...), el dolor crónico o la depresión. Estos dispositivos constan de un generador y cables de extensión subcutáneos, y electrodos que se sitúan en la zona del sistema nervioso central que recibe los impulsos eléctricos. Como con todo cuerpo extraño, existe el riesgo de que se produzca una infección asociada. En el caso de los NE apenas hay información sobre la incidencia y características de dichas infecciones, ni del tratamiento médico y quirúrgico más apropiado. En nuestra serie, en todos los casos se realizó una pauta antibiótica prolongada y la retirada quirúrgica del material que se consideró infectado (generador, cables o electrodos). Es reseñable que un elevado porcentaje de casos (40%) presentaron recidivas que requirieron la retirada completa del dispositivo para el control de la infección.

Conclusions. El 8% de los pacientes en los que se implantó un neuroestimulador (o se realizó un recambio del mismo) presentó una infección relacionada durante el periodo de seguimiento (4% respecto al número de procedimientos quirúrgicos). En todos los casos se retiró parcialmente el dispositivo como parte del tratamiento. En el 40% recidivó la infección, y se requirió la retirada completa del NE.

A-19

ENFERMEDAD DE WHIPPLE

A. Labirua Ituburu

Servicio de Medicina Interna. Hospital General Vall D'Hebron - Área General. Barcelona

Objectius. Describir las manifestaciones clínicas más frecuentes, las técnicas diagnósticas y tratamiento de una serie de pacientes afectos de enfermedad de Whipple diagnosticados en nuestro centro.

Material i Mètodes. Revisión retrospectiva de una serie de pacientes afectos de enfermedad de Whipple, diagnosticada entre 1988 y 2008. Se recogieron los datos clínicos, analíticos, histológicos, junto con el tratamiento y la evolución en una base de datos Access, se practicó un estudio descriptivo.

Resultats. Se incluyeron 21 pacientes (13 hombres y 8 mujeres), con una edad media al diagnóstico de 46.7 años (rango: 30-59 años). El tiempo medio de retraso diagnóstico desde el inicio de los síntomas fue de 74 meses (rango: 2-240 meses). Las manifestaciones clínicas más frecuentes fueron: artralgias (19 pacientes, 90%); linfadenopatías periféricas o abdominales objetivadas mediante TAC (17 pacientes, 85%); pérdida ponderal (16 pacientes, 75%); fiebre (14 pacientes, 70%); diarrea (13 pacientes, 60%); anemia (12 pacientes, 55%); artritis (usualmente oligoartritis o simulando un reumatismo palindrómico) presente en 9 pacientes (40%), uveitis anterior (4 pacientes, 20%); derrame pleural (5 pacientes, 20%); hipertensión pulmonar (1 paciente, 5%); vasculitis coronaria (1 paciente, 5%) y pericarditis (1 paciente, 5%). Un paciente (HLA 27+) presentó artritis erosiva afectando tobillos y rodillas. El diagnóstico se efectuó mediante estudio histológico de tejido obtenido por biopsia visualizando las características inclusiones PAS+



XIII Barcelona

en los macrófagos en 8 pacientes (7 biopsias duodenales, 1 adenopatía mesentérica), y en las 6 biopsias en las que dichas inclusiones no se visualizaron se realizó PCR (6 biopsias duodenales, 2 sinoviales y 1 líquido pleural). El tratamiento utilizado inicialmente fue el trimetropim-sulfametoxazol administrado por vía oral durante al menos un año. Otros antibióticos (ceftriaxona, cefixima y doxiciclina) se utilizaron asociados o como segunda opción en casos graves o con pobre respuesta al tratamiento inicial. La evolución fue buena en el 80% de los casos, con algunas respuestas espectaculares (desaparición de la hipertensión pulmonar o resolución de la vasculitis coronaria ad integrum).

Discussió. La enfermedad de Whipple es una entidad poco frecuente, que cursa con afección multisistémica crónica, y a menudo es infradiagnosticada dada la variabilidad de los síntomas clínicos iniciales. El diagnóstico se basa en la objetivación de macrófagos con inclusiones PAS+ en la mucosa duodenal, pero no siempre es fácil identificarlos. Actualmente la PCR basada en la secuencia génica 16s-rRNA, permite implementar el diagnóstico en aquellos casos dudosos. En nuestra serie fue necesaria la práctica de PCR en muestras de tejido y líquido pleural para confirmar la sospecha. Algunos pacientes se diagnosticaron años después de haber iniciado su sintomatología, habiendo presentado múltiples afecciones viscerales de etiología no aclarada. La respuesta al tratamiento fue buena con antibioterapia prolongada, si bien los pacientes que presentaron artritis franca respondieron más lentamente, y fue necesaria la administración de AINE e incluso inmunosupresores (metotrexate en 2 casos).

Conclusions. La enfermedad de Whipple es poco frecuente, y sólo un alto índice de sospecha permite diagnosticarla. Pueden distinguirse tres patrones clínicos de presentación: Diarrea y pérdida de peso, artralgia y/o artritis persistente y fiebre de origen desconocido. Si bien, a menudo, se superponen entre ellos. Las técnicas de PCR sobre tejido biopsiado mejoran el rendimiento diagnóstico en aquellos casos con alta sospecha clínica y cambios inespecíficos en las muestras histológicas.

XIII Congrés de la Societat Catalano-Balear de Medicina Interna

Pacient Pluripatològic/ Edat Avançada (EA)

EA-01

CORRELACION DEL ÍNDICE DE CHARLSON CON LA DEFINICION DE PACIENTE PLURIPATOLOGICO EN LOS INFORMES DE ALTA DE UN HOSPITAL DE AGUDOS

J. Forteza-Rey¹, I. Font², R. Vidal¹, M. Femenías¹, M. Villalonga¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Documentacion y Codificación.

Complejo Asistencial Son Dureta. Palma de Mallorca (Illes Balears)

Objectius. Conocer el grado de concordancia del Índice de Charlson y la definición de Pluripatológico mediante los diagnósticos de la CIE-9-MC de los informes de alta según el conjunto mínimo básico de datos (CMBD). Valorar cual de las dos escalas define mejor la complejidad de los pacientes atendidos en un hospital de agudos de tercer nivel

Material i Mètodes Se obtuvieron los datos del CMBD del servicio de codificación correspondientes a las 21.112 altas de un hospital terciario correspondientes al año 2008. Se convirtieron los códigos CIE-9-MC al índice de Charlson (ICh) siguiendo la metodología utilizada por J Librero (J Clin Epidemiol 1999). Se agrupó el ICh en 4 categorías (0, 1-2, 3-4 y >4). De forma idéntica se calculó el ICh modificado (ICh-m) en relación a los grupos de edad. Las categorías de pluripatológicos (PPP) se construyeron basadas en la definición de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía a partir del método utilizado por MF Fernández Miera (Gac Sanit 2008) utilizando el CMBD. Se utilizó el test de concordancia después de agrupar el ICh en dos categorías (<3, ≥3) con la presencia o ausencia de pluripatología (PPP).

Resultats. El ICh medio de las 21.112 altas fue de 1,32 y el ICh-m de 3,06. Los servicios con mayor ICh en sus informes de alta fueron Oncología, Nefrología, Infecciosos y Cirugía vascular. El porcentaje de pacientes PPP más elevado fue de 44,5% en las altas de Medicina Interna seguido de Cardiología, Cirugía cardíaca y Cirugía vascular. Al aplicar el ICh-m la edad hizo que Medicina Interna tuviese un índice de 4,64 solo superado por Oncología y Nefrología. El valor de Kappa de la concordancia entre PPP y Charlson mayor o menor de 3 fue de 0,39 mientras que con el Charlson modificado fue de 0,30. La estancia media, exitus intrahospitalario o traslado a centro sociosanitario se muestran en la tabla (1).

Discussió. El índice de Charlson es el índice más aceptado en la literatura para el análisis de la comorbilidad y fundamentalmente orientado al pronóstico. El gran peso del SIDA, cuyo pronóstico cambió radicalmente con los tratamientos antirretrovirales y el de las enfermedades oncológicas en el ICh ha hecho que las enfermedades crónicas emergentes en las últimas décadas no dispongan de herramientas de análisis de complejidad y pronóstico. La clasificación de enfermo Pluripatológico pretende dar respuesta a esta necesidad.

Conclusions. La categoría de PPP no tiene buena correlación con el ICh. La comorbilidad medida por este índice tiene mayor peso en el pronóstico que la corregida por grupos de edad. Hasta que no se dispongan de los resultados de seguimiento del estudio PROFUND no podremos saber si la clasificación de PPP mejora el ICh.



XIII Barcelona

Comorbilidad, estancia media y tipo de alta (EA-01)

	PPP	Charlson =>3	Charlson =>3
Estancia media	8,5	8,19	7,41
EXITUS	5,4%	8,0%	5,7%
Traslado SocioS	5,9%	6,7%	6,0%

EA-03

PREVALENCIA Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE PACIENTES NONAGENARIOS INGRESADOS EN UN HOSPITAL DE AGUDOS

R. Vidal, M. Femenías, C. Nadal, M. Villalonga, T. Bosch, J. Forteza-Rey

Servicio de Medicina Interna. Complejo Asistencial Son Dureta. Palma de Mallorca (Illes Balears)

Objectius. En los últimos años la población española ha sufrido una importante transformación en cuanto al envejecimiento, se vive más tiempo y con mejor calidad de vida. El objetivo de este estudio analizar la prevalencia y características clínicas de paciente mayores de 90 años ingresados en un hospital de agudos durante el año 2008.

Material i Mètodes. Se estudiaron 21.112 pacientes ingresados en nuestro hospital entre el 1 de enero de 2008 y el 31 de diciembre de 2008. Los datos de los pacientes se obtuvieron del servicio de codificación según CMBD. El análisis estadístico se realizó mediante el paquete estadístico SPSS 14.0.

Resultats. De 21.112 altas (área médica y área quirúrgica), 317 (1,5%) se produjeron en pacientes de 90 o más años. El servicio que más nonagenarios atendió fue Medicina Interna con un 29%, seguido de Traumatología 15,1%, cirugía general 6,3%, Digestivo 8,3% y Cardiología 5,4%. El índice de Charlson medio fue de 1,49 DS 1,67 en los nonagenarios frente a 1,32 DS 2,48 de las altas con edad inferior a 90 años. Un 30,9% de los nonagenarios cumplían criterios de Paciente Pluripatológico (PPP) frente al resto un 20%. Las mujeres predominaban en los ingresos nonagenarios (65,6%) mientras que en el resto solo representaban un 40,3%. En la tabla(1) se pueden observar las diferencias en mortalidad, estancia media, índice de Charlson y categoría de PP por grupos de edad.

Discussió. Entre las limitaciones del estudio está que hay un sesgo difícil de cuantificar en relación a que pacientes nonagenarios acuden a un hospital de tercer nivel en función del entorno asistencial y cultural. El análisis de estos datos sólo es útil para la gestión clínica de estos enfermos en un Hospital concreto. Llama la atención el bajo índice de comorbilidad, valorado tanto con el ICh como con las categorías de PPP. Probablemente ello se deba a que los pacientes con alta comorbilidad fallecen en edades más tempranas junto con la hipótesis de mayor "resistencia" biológica o genética. En cuanto a la mortalidad intrahospitalaria no pueda interpretarse salvo que se compare con centros y entornos similares.

XIII Congrés de la Societat Catalano-Balear de Medicina Interna

Conclusions. Los ingresos hospitalarios en centros de agudos han dejado de ser una rareza y los planificadores y gestores de recursos asistenciales deben definir cuál es el lugar idóneo según el perfil de paciente para ser tratado así como acompañado en la fase final de la vida.

Características por G-Edad (EA-03)

GRUPOS EDAD	<50	50-59	60-69	70-79	80-89	Nonagenarios
Mortalidad	1,1%	2,4%	3,1%	4,3%	8,4%	14,5%
Estancia media	7,9	8,0	9,1	9,5	10,5	10,1
ICharlson	0,78	1,23	1,58	1,67	1,71	1,49
PluriPatológicos	5,4%	15,9%	24,0%	32,4%	35,%	30,9%

EA-04

CONCORDANCIA INTEROBSERVADOR EN LA VALORACIÓN FUNCIONAL DEL ÍNDICE DE BARTHEL

C. Arribas, M. Femenías, E. Esteban, M. Antich, L. Martín, J. Forteza-Rey

Servicio de Medicina Interna. Complejo Asistencial Son Dureta. Palma de Mallorca (Illes Balears)

Objectius. Evaluar la concordancia interobservador respecto al Índice de Barthel (IB) realizado por personal sanitario entrenado y el realizado por personal médico no entrenado.

Material i Mètodes. Se estudiaron 1006 pacientes ingresados en nuestro hospital, entre el 1 de junio de 2006 y el 30 de mayo de 2007. Se recogieron a través del médico responsable y/o residentes en formación no entrenados en éste tipo de entrevistas el IB. En los pacientes que se propuso traslado a Centro Sociosanitario el IB también fue realizada por el equipo médico experto en geriatría, ambos desconocían el resultado del otro profesional. La entrevista se realizó al paciente si su situación actual lo permitía o bien al cuidador principal si no era posible. Se valoró nivel de concordancia interobservador, es decir, la asociación lineal entre el IB realizado por personal médico entrenado y no entrenado mediante el coeficiente de correlación de Spearman. También se analizó la concordancia interobservador mediante el índice Kappa, aunque en ésta ocasión no se analizaron todos los campos del IB sino que se dividió en dependencia total o severa (IB menor o igual a 60) y dependencia moderada, leve o independencia (IB mayor de 60). Eliminamos 6 pacientes donde la diferencia, en los dos grupos que realizaron el IB, fue mayor de 50.

Resultats. El coeficiente de correlación fue de 0,831 con un nivel de significación de 0,000. Cuando se miró la concordancia interobservador mediante el índice Kappa, resultó ser de 0,75

Discussió. En nuestro estudio observamos que existe una fuerte correlación lineal significativa medida por el r de Spearman entre los médicos entrenados y aquellos poco expertos en hacer el IB. Cuando se analizaron los datos con el índice de Kappa se obtuvo una excelente correlación (0,75).



XIII Barcelona

Conclusions. Según nuestra serie, no es necesario estar especialmente entrenado con este tipo de escala, ya validada en nuestro medio. Ello refuerza su incorporación a la práctica clínica habitual.

Insuficiència Cardíaca (IC)

IC-01

INSUFICIÈNCIA CARDÍACA I ANÈMIA. ESTUDI DESCRIPTIU

G. Álvarez Martínez¹, A. Armengou Arxé¹, N. Vilanova Anducas¹,
J. Roure Fernández², L. García Garrido², A. Castro Guardiola¹, J. Uriel Cano¹, F. García-Bragado Dalmau¹

¹Servei de Medicina Interna, ²Servei de Cardiologia. Hospital Universitari de Girona Dr. Josep Trueta.
Girona

Objectius. Conèixer la prevalença d'anèmia en pacients amb insuficiència cardíaca (IC) i analitzar les característiques clíniques dels pacients amb IC i anèmia.

Material i Mètodes. Revisió retrospectiva anys 2006-2008 dels 158 pacients inclosos en una unitat multidisciplinària d'insuficiència cardíaca. S'ha analitzat la presència d'anèmia en relació a les següents variables: edat, sexe, hipertensió arterial, diabetes mellitus, història de cardiopatia isquèmica, dislipèmia, obesitat, fracció d'ejecció, classe funcional NYHA, fase evolutiva, filtrat glomerular (FG) calculat per MDRD, l'ús d'IECAs/ARA II i antiagregants. Definim anèmia segons els criteris de la OMS (Hb<12 gr/L en dones i Hb<13 gr/L en homes). Anàlisi estadístic mitjançant el programa SPSS 10.0.

Resultats. Presentaven anèmia 67 pacients (42%). Veure resultats taula annexe.

Discussió. Trobem una prevalença d'anèmia similar a les sèries descrites al nostre país amb un perfil de pacient que no difereix molt al trobat en d'altres grups, que és el d'un pacient d'edat avançada amb comorbiditats associades i insuficiència cardíaca evolucionada. La presència d'anèmia s'associa amb edat, HTA i IRC, però no amb d'altres patologies com DM, DL, obesitat, CI, FE, CF o amb l'ús d'IECAs o antiagregants, associacions que si s'han trobat en d'altres sèries. Tampoc hem trobat associació entre classe funcional NYHA ni FE. Les classes funcionals més avançades tenen una major prevalença d'anèmia encara que aquesta associació no és estadísticament significativa.

Conclusions. La prevalença d'anèmia en els nostres pacients amb IC és alt. És molt probable que l'etiologia sigui multifactorial, tenint una importància fonamental l'anèmia en relació a la IR. El maneig d'aquest grup poblacional és complex i el paper de l'internista és important per aconseguir un maneig òptim de totes les patologies. És esperable que amb l'envelliment poblacional el percentatge d'aquests pacients augmenti de manera progressiva.

XIII Congrés de la Societat Catalano-Balear de Medicina Interna

Resultats comparatius en funció de l'anèmia (IC-01)

	Anèmia (n=67)	No anèmia (n=91)	p
Edat	78 (63-95)	70 (41-95)	0.002
HTA	59 (88%)	63 (69%)	0.007
DM	33 (50%)	32 (35%)	0.10
DL	37 (55%)	42 (46%)	0.33
CI	16 (24%)	18 (20%)	0.53
MPOC	12 (18%)	23 (25%)	0.33
V. Perifèrica	20 (30%)	7 (8%)	0.000
IRC	23 (34%)	9 (10%)	0.000
IECA/ARAI	50 (75%)	76 (84%)	0.22
AAS	25 (37%)	28 (31%)	0.40

Inflamació/ Malalties Autoimmunitàries (IF)

IF-02

IMPACTO DE LA SINTOMATOLOGIA NEUROVEGETATIVA EN LOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS DEL SFC, SIN HISTORIA PREVIA DE SINCOPEs

J. Alegre Martín¹, L. Aliste¹, A. García Quintana², C. Javierre³, K. De Meirleir⁴, E. Ruiz¹, R. Badia¹, T. Fernández de Sevilla¹

¹Unidad del SFC. Hospital General Vall D'Hebron - Àrea General. Barcelona

²Unidad del SFC. Centre Mèdic Delfos, S. A. Barcelona

³Unidad Fisiologia del Deporte. Hospital Universitari de Bellvitge.

L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona) ⁴Unidad SFC. Clínica Fatiga Brusellas

Objectius. La sintomatologia neurovegetativa en forma de mareos, lipotímias, síncope, alteración en el ritmo intestinal y vesical, sudoración y acomodación, no se contemplaron inicialmente en los criterios diagnosticados de Fukuda y fue posteriormente con los criterios canadienses, cuando alcanzan mayor protagonismo de dicha sintomatología en un grupo de pacientes afectados del SFC sin historia previa de síncope.



XIII Barcelona

Material i Mètodes. Pacientes diagnosticados de SFC según los criterios diagnosticados de Fukuda, sin historia previa de síncope. Se recogen datos demográficos y sociolaborales, sintomatología y fenómenos morbidos. El impacto de la fatiga se valora con la escala de impacto de fatiga (FIS), cuestionario de calidad de vida SF-36, escala de ansiedad y depresión (HAD), consumo máximo de oxígeno, carga y frecuencia cardíaca máxima y gasto energético durante la prueba ergométrica. Determinación de los marcadores biológicos en los monocitos de sangre periférica (Rnasa L cociente, Rnasa L actividad y elastasa actividad) y niveles séricos de óxido nítrico. Se establece una categorización de los síntomas de los bloques neurovegetativo, neurocognitivo, muscular e inmunológica a través del valor de alfa de Cronbach. Se realiza estudio de asociación entre la sintomatología neurovegetativa y el resto de variables.

Resultats. 37 pacientes SFC (4V, 33M), edad media 48a, 60% estudios medios y trabajos no especializados, el 65% inicio gradual, edad media de inicio 36 a, tiempo de evolución en el diagnóstico 136 meses. La sintomatología neurocognitiva, muscular e inmunológica estuvo presente en el 95,87 y 78%. La sintomatología neurovegetativa estuvo presente en el 90%. Síndrome miofacial (84%), síndrome seco (86%) y tendinopatía de hombro (62%). Escala FIS total 131,8, subescala física 35,6, subescala psicosocial 62,3, subescala cognitiva 40. SF-36 salud física total 25,7 y salud mental total 36,1. HAD. Componente de ansiedad y depresivo 11,3. Pruebas ergométricas: % consumo máximo de oxígeno 57,1, carga y frecuencia cardíaca máxima 67,1 y 115,6 y gasto energético 4,6. Marcadores biológicos: Rnasa L cociente 0,54, Rnasa L actividad 16,9, elastasa actividad 198,3 y óxido nítrico 7,35. Asociación significativa entre la disfunción neurovegetativa y la existencia de ganglios linfáticos dolorosos ($p=0,012$), intolerancia alimentaria ($p=0,013$) y niveles de actividad de la elastasa monocitaria ($p=0,02$).

Discussió. El SFC tiene un complejo sintomático muy homogéneo caracterizado por la fatiga crónica invalidante matinal, sueño no reparador, intolerancia al ejercicio físico y disfunción cognitiva, tal como queda reflejado en los criterios de Fukuda. Posteriormente con la inclusión de los criterios canadienses, se le otorga mayor protagonismo a la sintomatología inmunológica y especialmente la neurovegetativa. Este estudio muestra la elevada frecuencia de dicha sintomatología y como se constata una relación con la sintomatología inmunológica y los parámetros biológicos monocitarios.

Conclusions. En los pacientes con SFC sin historia previa de síncope, se constata importante deterioro de la calidad de vida y de la capacidad funcional física, altas puntuaciones en las escalas de fatiga y ansiedad-depresión. La sintomatología neurovegetativa tuvo un gran protagonismo y mostró asociación con la sintomatología inmunológica y parámetros intracelulares de actividad inflamatoria. Beca FIS:PI050200.

XIII Congrés de la Societat Catalano-Balear de Medicina Interna

IF-04

ESTUDIO DE LA VARIABILIDAD DE LA FRECUENCIA CARDIACA (FC) A TRAVÉS DEL COCIENTE LF/HF DE ACTIVIDAD SIMPÁTICA-PARASIMPÁTICA EN LA VALORACIÓN DE LA DISFUNCIÓN NEUROVEGETATIVA EN PACIENTES AFECTOS DEL SÍNDROME DE FATIGA CRÓNICA (SFC)

L. Aliste¹, J. Alegre¹, C. Alonso², A. García Quintana³, A. Suárez⁴, K. De Meirleir⁵, A. Martins¹, T. Fernández de Sevilla¹

¹Unidad del SFC, ²Unidad de Arritmias. Hospital General Vall D'Hebron - Área General. Barcelona

³Unidad SFC. Centre Mèdic Delfos, S. A. Barcelona

⁴Unidad Fisiologia. Universidad Barcelona. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona) ⁵Unidad SFC. Clínica Fatiga. Brusellas

Objectius. En el SFC el impacto de la sintomatología neurovegetativa es relevante a través de los criterios diagnosticos canadienses. Y al igual que en el resto de sintomatología altamente invalidante es necesario disponer de elementos de medida para su cuantificación. Proponemos el estudio de la variabilidad de la FC a través del cociente LF/HF al adoptar la posición de ortostatismo a través del estudio de la mesa basculante, en pacientes afectos del SFC sin historia previa de síncope.

Material i Mètodes. SFC criterios de Fukuda sin historia previa de síncope. Clínica neurovegetativa, muscular, neurocognitiva e inmunológica. Impacto de la fatiga (escala FIS), ansiedad-depresión (escala HAD), calidad de vida (SF-36), pruebas ergométricas (carga y frecuencia cardíaca máxima alcanzadas y gasto energético), marcadores biológicos (Rnasa L cociente, Rnasa L actividad, elastasa actividad y niveles de óxido nítrico). En la mesa basculante se valoran las siguientes variables (LF, HF y LF/HF), tres determinaciones en supino separadas en tiempo 5 minutos y 8 en ortostatismo. Análisis de tendencias a través de la prueba T para muestras apareadas. Asociación variables prueba Ji-cuadrado, t-test o test de Mann-Whitney.

Resultats. 37 pacientes SFC (4V, 33M), edad media 48a, 65% inicio gradual, edad media de inicio 36 a, tiempo de evolución 136 m. La sintomatología neurocognitiva, e inmunológica en el 95, 87 y 78% y la neurovegetativa en el 90%. FIS total 131,8, subescala física 35,6, psicosocial 62,3 y cognitiva 40. SF-36 salud física total 25,7 y salud mental total 36,1. HAD: ansiedad y depresivo 11,3. Pruebas ergométricas: % consumo máximo de oxígeno 57, carga y FC máxima alcanzadas 67,1 y 115,6 y gasto energético 4,6. Rnasa L cociente 0,54, actividad 16,9, elastasa actividad 198,3, óxido nítrico 7,35. Se constataron diferencias en los parámetros de la variabilidad cardíaca LF, HF y LF/HF analizados entre la posición de supino y a los 5 minutos del ortostatismo, con un patrón con aumento importante del componente LF o simpático. Durante el ortostatismo, no se objetivan durante los 30 minutos siguientes variaciones en el LF/HF y persistiendo esta excesiva respuesta simpática. Con el promedio del cociente LF/HF en 4.88, se encontró significación con la presencia de fenómeno de Raynaud, alteración de la libido, rol emocional y salud mental total del SF36 y componente depresivo en el HAD y con importantes diferencias sin significación estadística con la subescala psicosocial del FIS (p=0,08) y el cociente Rnasa L (p=0,09).



XIII Barcelona

Discussió. La escasa variabilidad cardiaca (índice LF/HF) ante un estímulo puede ser un importante elemento de medida de la disfunción neurovegetativa en el SFC.

Conclusions. En los pacientes afectados de SFC con sintomatología neurovegetativa y sin historia de síncope, la respuesta neurovegetativa al adoptar la posición ortostática, analizada a través del cociente de la variabilidad cardiaca (LF/HF) durante la práctica de la mesa basculante, es de predominio simpático de forma mantenida, dado que no produce modificación de la variabilidad cardiaca durante el ortostatismo. Beca FISPI050200.

IF-06

TACROLIMUS, UN TRATAMIENTO EFICAZ EN PACIENTES CON NEUMOPATÍA INTERSTICIAL Y ANTICUERPOS ANTI-PM/SCL

C. Santos¹, A. Selva O'Callaghan², C. Simeón Aznar², A. Labirua²,
E. Trallero Araguás², M. Labrador Horrillo³, V. Fonollosa Pla², M. Vilardell Tarrés²

¹Unidad de Reumatología. Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Medicina Interna, ³Unidad de Alergia. Servicio de Medicina Interna. Hospitals Vall d'Hebron. Barcelona

Objectius. Los pacientes con anticuerpos anti-exosoma (anti-PM/Scl) tengan o no el cuadro clínico de escleromiositis, pueden presentar afectación pulmonar intersticial. Tacrolimus es un antagonista de la calcineurina que actúa suprimiendo el reconocimiento de antígenos por los linfocitos T. Algunos estudios descriptivos señalan su utilidad en el tratamiento del síndrome por anticuerpos antisintetasa (Jo-1). El objetivo de este estudio fue analizar la respuesta a tacrolimus en los pacientes con neumopatía intersticial y anticuerpos anti-PM/Scl.

Material i Mètodes. De una cohorte histórica de 133 pacientes diagnosticados de miopatía inflamatoria idiopática entre 1983 y 2009, se extrajeron aquellos pacientes con positividad para anticuerpos anti-PM/Scl, marcador inmunológico de escleromiositis, determinado mediante técnica de blot y confirmados por inmunoprecipitación. El estudio del funcionalismo respiratorio, en especial referencia a la capacidad vital forzada (CVF) y la tomografía computarizada pulmonar de alta resolución (TCAR), así como la respuesta al tratamiento inmunodepresor fueron analizados retrospectivamente. Se consideró que existía neumopatía intersticial cuando la CVF fue < a 70% y la TCAR pulmonar demostró la presencia de fibrosis o imágenes en "vidrio esmerilado". El estudio estadístico se realizó mediante la U Mann Whitney y la prueba exacta de Fisher.

Resultats. Los anticuerpos anti-PM/Scl se detectaron en 16 (12%) pacientes (14 mujeres, 4 varones), con una edad media (DE) de 43,63 (22,28), y un seguimiento medio (DE) de 9,9 (7,7) años. En 10 casos (63%) se apreció la existencia de una neumopatía intersticial, de los que 5 (50%) fueron tratados con tacrolimus (0,075 mg/kg/d), tiempo de tratamiento medio (DE) de 55 (42) meses, y el resto recibió tratamiento con metotrexate (25 mg/s) (1 caso), ciclofosfamida en pulsos mensuales durante 6 meses (0,7 g/m²) (2 casos), inmunoglobulinas (1 caso), y glucocorticoides a dosis bajas (3 casos). Todos los pacientes recibieron

XIII Congrés de la Societat Catalano-Balear de Medicina Interna

inicialmente tratamiento con glucocorticoides (1 mg/kg/d) durante 1 mes y pauta descendente hasta su retirada o mantenimiento con dosis de 5 mg/d. Sólo se produjo un fallecimiento por insuficiencia respiratoria, y fue en el grupo que no recibió tacrolimus. De los 5 pacientes que recibieron tacrolimus, en 4 se produjo una mejoría de la CVF > al 10%, y en 1 la retirada del fármaco por hipertensión arterial se acompañó de un empeoramiento de la CVF > al 10%; el promedio de mejora de la CVF atribuible al fármaco fue de 16% (IR 11,5-26,5). Por contra la CVF del resto de pacientes no tratados con tacrolimus, solamente mejoró en 1 caso tras la administración de corticoides (1 mg/kg/d) en la que el seguimiento es de tan solo 1 año, y se mantuvo estable en la paciente que recibió ciclofosfamida y metotrexate, apreciándose un deterioro de la CVF en el resto; el promedio de mejora en este grupo fue de 2,5% (IR -7,5-36,5). La comparación entre pacientes con mejora superior al 10% entre el grupo tratado con tacrolimus y el resto (5 de 5 vs. 1 de 5), fue estadísticamente significativo, no así la cifra media de mejora en la CVF entre ambos grupos (16% vs 2,5%).

Conclusions. Los resultados de este análisis muestran que los pacientes con neumopatía intersticial asociada a anticuerpos anti-PM/Scl que reciben tratamiento con tacrolimus presentan una buena respuesta en parámetros de función respiratoria, en comparación a otras alternativas terapéuticas, aunque la presencia de hipertensión arterial puede ser un factor limitante. A falta de estudios prospectivos y aleatorizados, el tratamiento con tacrolimus parece ser una terapia eficaz en la enfermedad intersticial pulmonar asociada a los anticuerpos anti-PM/Scl.

IF-07

ENFERMEDAD DE TAKAYASU. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LA CASUÍSTICA DE UN HOSPITAL COMARCAL

I. Pons Martín del Campo¹, R. Jordana Comajuncosa¹, E. Oviedo del Àguila¹, M. Monteagudo Jiménez¹, A. Casanovas Martínez¹, J. Oristrell Salvà¹, J. Fortuño Andrés², E. Castañer González²

¹Servicio de Medicina Interna, ²UDIAT-CD. Corporació Sanitària Parc Taulí. Sabadell (Barcelona)

Objectius. 1. Analizar los datos demográficos, clínicos, analíticos, radiológicos y terapéuticos de las pacientes con Enfermedad de Takayasu en nuestro centro y 2. Comparar estos datos con los resultados expuestos en la literatura.

Material i Mètodes. Recogida retrospectiva de datos de todas las pacientes con el diagnóstico de enfermedad de Takayasu en nuestro centro a partir de la base de datos del hospital encontrando un total de 8 pacientes que cumplían criterios de Enfermedad de Takayasu. Se ha realizado una hoja de datos en la que se recogen: 1. Los datos demográficos, tiempos de diagnóstico y de seguimiento de las pacientes, 2. Los síntomas clínicos: sistémicos, vasculares, pulmonares y de afectación carótido-vertebral, ocular, mesentérica y cardíaca, 3. Los signos objetivados a partir de la exploración física inicial, 4. Los datos característicos de laboratorio, 5. Las distintas pruebas de imagen y sus resultados (radiología simple, angioRMN, angioTAC, arteriografía y PET).



XIII Barcelona

Resultats. Se trata de mujeres entre los 20 y 50 años. Un 75% presentaban síntomas sistémicos (predominantemente fatiga, febrícula y lesiones cutáneas). Un 12.5% presentó afectación ocular. Un 62.5% presentaban síntomas vasculares como claudicación intermitente o el fenómeno de robo de la subclavia. 25% de las pacientes presentaban síntomas pulmonares como disnea y dolor torácico. Un 75% presentaron algún tipo de sintomatología neurológica, principalmente cuadros vertiginosos y ortostatismo. En un caso la forma inicial de presentación fué un AVC isquémico. Una única paciente presentó sintomatología digestiva en forma de dolor abdominal y diarreas. Ninguna presentó afectación cardíaca (angor o IAM). El 100% presentaban a la exploración física pulsos asimétricos y/o disminuidos, soplos audibles y en el 50% se registró una presión diferencial $>10\text{mmHg}$. Un 50% presentava HTA. El 87.5% presentaba alteraciones analíticas características de la Enfermedad de Takayasu tales como anemia normocítica normocrómica, hipoalbuminemia y reactantes de fase aguda (PCR y VSG) elevados, y hasta en un 37.5% se asociaban a ANAs positivos. La radiología de tórax convencional mostró ensanchamiento mediastínico en un único caso. La angioRMN fué patológica en el 100%, con afectación de troncos supraórticos en un 75%, afectación aórtica en un 37.5% y afectación ilíacomesentérica en un 50%. Se completó el estudio con angioTAC en un 50% de los casos visualizando afectación de aorta torácica y troncos supraórticos en un 50% de ellos y de aorta abdominal, mesentérica e ilíaca en el 100%, con afectació renal en un 25%. Se realizó arteriografía diagnóstico-terapéutica en un único caso sobre el territorio de la aorta abdominal. El 100% de los PETs realizados (3) no mostró actividad inflamatoria en el momento de su realización. El 87.5% de las pacientes recibió tratamiento con corticoides (un único caso sin actividad inflamatoria al diagnóstico) y un 71% de estas en combinación con otro tratamiento inmunosupresor (40% metotrexate, 40% azatioprina y 20% micofenolato). Un 25% de las pacientes ha requirido cirugía de revascularización en uno o más territorios (carotídeo, ilíaco...). Ninguna ha precisado cirugía sobre la válvula aórtica.

Discussió. Nuestras pacientes se correlacionan con la casuística reportada en la literatura, cumpliendo los criterios de la ACR. Presentan porcentajes similares en las distintas sintomatologías clínicas así como datos obtenidos en la exploración física y pueden ser clasificadas según la clasificación angiográfica de la conferencia de Takayasu de 1994 (37.5% en el Tipo I, 12.5% en el Tipo IIb i el IV, 37.5% en el V). Así mismo presentan una buena respuesta al tratamiento con corticoides +/-inmunospresores consiguiendo respuestas totales sin signos de actividad inflamatoria en $>70\%$.

Conclusions. Nuestra serie de casos se asemeja a lo publicado en la literatura en cuanto a las formas de presentación clínica, afectación angiográfica, respuesta al tratamiento y evolución clínica.

XIII Congrés de la Societat Catalano-Balear de Medicina Interna

Risc Vascular (RV)

RV-01

LAS SUBCLASES LIPOPROTEICAS MEDIDAS POR RESONANCIA MAGNÉTICA NUCLEAR Y EL GENOTIPO DE APOE INFLUENCIAN EL GROSOR DE LA INTIMA-MEDIA CARÓTIDA EN PACIENTES CON LUPUS ERITEROMATOSO SISTÉMICO

M. González, J. Ribalta, G. Vives, S. Iftimie, R. Ferré, M. Guardiola, L. Masana, A. Castro
Servei de Medicina Interna. Hospital Universitari Sant Joan de Reus. Reus (Tarragona)

Objectius. Los pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) presentan arteriosclerosis acelerada y, consecuentemente, su riesgo cardiovascular es muy elevado. Sin embargo, las analíticas lipídicas rutinarias no identifican claramente a los pacientes con riesgo arteriosclerótico dado que son frecuentemente normolipidémicos. Hipotetizamos que una información más detallada de las subclases lipoproteicas en pacientes LES mejoraría la eficacia en la predicción del riesgo arteriosclerótico.

Material i Mètodes. Con esta finalidad, se ha medido el grosor de la íntima-media carotídea (IMT) en 38 pacientes con LES, determinado el perfil lipoproteico completo por resonancia magnética nuclear, aislado y determinado el colesterol transportado por el pool de lipoproteínas remanentes, y estudiado la influencia del genotipo de apoE sobre todos ellos.

Resultats. Los resultados demuestran como las subclases lipoproteicas correlacionan mucho mejor con la IMT que los parámetros lipídicos tradicionales (colesterol total, triglicéridos, LDLc, i HDLc). La concentración de las partículas remanentes de las VLDLs (IDLs), es el único parámetro capaz de discriminar entre los terciles de IMT (grosor íntima-media baja ($16,46 \pm 21,38$), media ($35,00 \pm 34,04$) y alta ($101,14 \pm 92,72$)) en los pacientes LES. La concentración de IDL se multiplica por dos en los portadores del alelo apoE2 ($104,56 \pm 106,03$) comparado con los alelos apoE3 ($34,44 \pm 40,82$) i apoE4 ($42,43 \pm 77,27$). Además, de todos los portadores del alelo E2 un 10 % se encontraba en el tercil bajo de IMT, un 25 % en el medio y un 65% en el alto.

Conclusions. En resumen, hemos demostrado que las subclases lipoproteicas presentan una correlación más fuerte y significativa con la arteriosclerosis subclínica que con los parámetros lipídicos tradicionales en pacientes LES. La fracción IDL tiene la mayor correlación con la IMT y se encuentra fuertemente modulada por el genotipo de la apoE.



RV-02

PREVALENCIA DE HIPERTENSION ARTERIAL DE NUEVO DIAGNOSTICO EN PACIENTES RONCADORES CON SOSPECHA DE SAOS

C. Chico¹, M. Adrián¹, J. Sobrino¹, B. Batalla¹, L. Casañas¹, J. Clavell¹, M. Cabezas¹, J. Bugés²

¹Unidad HTA, ²Unidad Neumología. Hospital de l'Esperit Sant. Santa Coloma de Gramenet (Barcelona)

Objectius. Es bien conocido que tanto la hipertensión arterial (HTA) como el síndrome de apnea obstructiva del sueño (SAOS) son patologías con prevalencia ascendente a medida que envejece la población, asociadas ambas a un mayor riesgo de morbilidad cardiovascular. Analizar la prevalencia de HTA clínica y/o por MAPA en una cohorte de pacientes roncadores sin HTA conocida previamente y remitidos para descartar un SAOS.

Material i Mètodes. Se estudiaron 262 pacientes, que acudieron a la consulta para estudio de roncopatía y sospecha clínica de SAOS, de los cuales el 77,9% eran varones, con una edad media de $49,7 \pm 12,01$ años. Se procedió a medida de la PA clínica según las recomendaciones de la Sociedad Española de Hipertensión y a continuación se les realizó una MAPA de 24 horas mediante Spacelabs. 90207 y una poligrafía nocturna. Se diagnosticó de SAOS aquellos con un índice de apnea-hipoapnea > 10 /hora. Definimos HTA por MAPA cuando la PA media de 24 horas $\geq 130/80$ mmHg; HTA por MAPA de día si PA en periodo diurno $\geq 135/85$ mmHg e HTA nocturna $\geq 120/70$ mmHg.

Resultats. De los 262 paciente estudiados, el 51,1% eran fumadores, un 40% eran obesos y sólo un 10% presentaban normopeso. La prevalencia de SAOS fue de un 54,6%. Los valores de PA clínica fueron superiores a la media de la MAPA del periodo diurno (PAS clínica $134,76 \pm 15,11$ mmHg vs PAS MAPA día $126,53 \pm 11,47$ mmHg, $p < 0,001$; PAD clínica $82,04 \pm 9,02$ mmHg vs PAD MAPA día $80,17 \pm 7,69$ mmHg, $p < 0,001$) La prevalencia de HTA clínica fue del 38,2%, por MAPA de 24 h del 35,9%, con un 14,5% de HTA de bata blanca y un 12,2% de HTA enmascarada, lo que dio una concordancia del 73,3%, y un índice Kappa del 0,42. Según los valores medios de PA diurna la prevalencia de HTA por MAPA fue del 33,2%, con un 16,4% de bata blanca y un 11,5% de enmascarada, concordancia del 72,2% y una Kappa de 0,39. La prevalencia de HTA nocturna fue del 48,4% con un 21,3% de enmascarada y un 11,2% de bata blanca. El patrón circadiano de la PA se distribuyó en un 45,7% de no dipper, un 43,4% de dipper, un 7% de dipper extremos y sólo un 3,9% de riser.

Conclusions. La prevalencia de HTA no conocida en los pacientes con sospecha clínica de SAOS es alta, independientemente de la metodología utilizada, afectando la HTA nocturna a casi la mitad de la población analizada, y en casi uno de cada cinco pacientes con valores de PA clínica normales por lo que la realización de una MAPA en este tipo de pacientes parece totalmente indicada.

XIII Congrés de la Societat Catalano-Balear de Medicina Interna

RV-04

GRAU DE CONTROL DELS DIFERENTS FACTORS DE RISC VASCULAR EN PACIENTS AMB DIABETIS MELLITUS TIPUS 2

J. Murillo Sanchís¹, F. Muñoz Rodríguez², M. Sánchez Rocabert³, J. Vilaseca Bellsolà²

¹Unitat d'Endocrinologia, ²Servei de Medicina Interna, ³Educadora en Diabetis. Fundació Privada Hospital de Mollet. Mollet del Vallès (Barcelona)

Objectius. Avaluar el grau de control assolit en els nostres pacients amb DM2 sobre els diferents factors de risc cardiovascular (control metabòlic de la DM2, control de la hipertensió arterial (HTA) i de la dislipèmia) d'acord amb les recomanacions actuals de les societats científiques.

Material i Mètodes. Es van avaluar de forma consecutiva 75 pacients (56% dones) amb el diagnòstic de DM2 controlats a la Unitat d'Endocrinologia del nostre centre hospitalari amb una edat mitja de 64 (extrems 42-83) anys. Els objectius de control van ser una hemoglobina glicada (HbA1c) <7%, pressió arterial mesurada a la consulta <130/80 mmHg i per Monitorització Ambulatòria de la Pressió Arterial (MAPA) també <130/80 durant el període d'activitat, i nivells de colesterol LDL<100mg/dl. També es va valorar el grau de bloqueig de l'eix renina-angiotensina-aldosterona (RAA) mitjançant IECA o ARA II i la administració de antiagregants com a prevenció primària o secundària.

Resultats. El 29% tenia antecedents d'algun episodi cardiovascular, el 17% retinopatia coneguda, el 31% microalbuminúria i el 25% insuficiència renal crònica moderada amb un filtrat glomerular estimat per la fórmula MDRD inferior a 60 ml/min/1.73m². El 56% dels pacients tenia obesitat (IMC>30 kg/m²) amb un IMC significativament superior en les dones (33,17 vs 29,71; p=0,004). El 7% de la població estudiada era fumador actiu. Respecte a la administració d'antiagregants, el 83% dels pacients els prenen. D'aquests, el 71% els rebien com prevenció primària i un 29% com prevenció secundària. Respecte al control metabòlic de la DM2, la població tenia una glicèmia basal de 172±55mg/dl i HbA1c 7,7±1,6%. Només el 37% dels pacients tenien un bon control metabòlic amb una HbA1c<7%. El tractament que rebien era: insulina 57%, metformina 81%, sulfonilurees 25% i glitazonas 13%. Respecte al control de la dislipèmia, el perfil de la població analitzada va ser: colesterol total 182±39mg/dl, cLDL 111±34mg/dl, cHDL 48±11mg/dl i triglicèrids 157±75mg/dl. Només el 49% dels pacients tenien un bon control amb un valor de cLDL <100mg/dl. Prenien estatines el 63%, fibrats el 7% i ezetimibe el 4% dels pacients. Els pacients que havien sofert un episodi cardiovascular prenen estatines més freqüentment que aquells que no l'havien patit (82% vs 55%; p=0,03). Del grup de pacients amb estatines només el 47% havia assolit un bon control de la dislipèmia. Respecte al control de la pressió arterial, les dades globals de la mostra van ser: PAS 148±21mmHg i PAD 85±12mmHg en consulta. Per MAPA, PAS 137±13mmHg i PAD 76±10mmHg durant el període d'activitat. El grau de control va ser només del 11% quan es prenien a la consulta i pujava al 30% quan s'avaluava per MAPA. La mitja de fàrmacs antihipertensius va ser de 1,79 (extrems 0-4) fàrmacs per pacient i el 56% rebia 2 o més (IECA 37%, ARAII 52%, diürètics 35%, antagonistes del calc 28%, betabloquejadors 19% i alfabloquejadors 8%). El bloqueig de l'eix RAA amb IECA o ARAII es va fer en el 85% dels pacients. Globalment només el



XIII Barcelona

3% dels pacients tenia un control correcte dels diferents factors de risc analitzats, un 19% tenia un control acceptable en 2 factors, un 50% només en 1 factor i el 27% restant no tenia controlat cap factor de risc.

Conclusions. El control multifactorial dels pacients amb DM2 és molt difícil, malgrat ser una població d'alt risc cardiovascular. El factor de risc de més difícil control és la hipertensió arterial, sobretot si considerem només la mesura presa a la consulta. Per això recomanem la pràctica rutinària de la MAPA en aquesta població. A més es pot optimitzar el grau de control de la dislipèmia si millorem la prescripció d'estatines en el grup de diabètics sense episodis cardiovasculars previs i optimitzen la dosificació o afegim altres fàrmacs.

RV-06

LA PCR SE CORRELACIONA CON LA PRESENCIA DE ATEROMATOSIS CAROTÍDEA EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

G. Vives¹, S. Amorós¹, S. Parra¹, M. González², R. Ferré³, N. Plana³, J. Ribalta², A. Castro¹

¹Servei de Medicina Interna, ²Unitat de Recerca Lípids. Universitat Rovira i Virgili, ³Unitat de Medicina Vascular i del Metabolisme. Hospital Universitari Sant Joan de Reus. Reus (Tarragona)

Objectius. El Lupus Eritematoso Sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune que promueve un estado crónico inflamatorio. Se ha demostrado la existencia de un incremento de eventos cardiovasculares en esta población joven que compromete la comorbilidad de estos pacientes. Además de los factores de riesgo cardiovascular tradicionales el incremento del riesgo se ha asociado a factores proinflamatorios y inmunológicos relacionados con la propia enfermedad. El estudio de marcadores de arteriosclerosis subclínica puede ayudar a estratificar mejor el riesgo cardiovascular de estos pacientes y optimizar medidas de prevención. El objetivo del estudio es estudiar la presencia arteriosclerosis subclínica en pacientes con LES respecto a una población control sana y la asociación al estado inflamatorio e inmunológico.

Material i Mètodes. Estudio observacional prospectivo en el que se incluyeron 64 pacientes diagnosticados de LES y 44 individuos sanos como grupo control (22 mujeres). El mismo día de la consulta se recogieron variables clínicas, antropométricas, se procesaron las muestras sanguíneas para los parámetros bioquímicos y se realizó un estudio de función endotelial mediante tonometría arterial periférica (PAT2000), el grosor íntima-media carotídeo por eco-doppler carotídeo (GIMc) y el Índice tibioperoneal (ITB).

Resultats. Los pacientes con LES presentan un incremento significativo del Grosor Íntima Media en carótidas (GIMc) respecto el grupo control (0.79(0.22)mm versus 0.60(0.10)mm; $P < 0.001$). El estudio de función endotelial no demuestra diferencias significativas respecto la población control. Tampoco se hallaron diferencias respecto a los valores de ITB y las determinaciones del perfil lipídico, apoB o Lp(a). Los valores de la PCR ultrasensible sí fueron significativamente mayores en los pacientes con LES (2.8(3.06) vs 1.6(1.47) $P = 0.002$). Los valores de GIM en el LES se correlacionan con la edad ($r = 0.728$ $P < 0.001$) y los niveles de PCR ultrasensible ($r = 0.268$, $P = 0.048$). En ambos grupos se observa correlación entre el PAT2009 y los

XIII Congrés de la Societat Catalano-Balear de Medicina Interna

niveles de c-HDL ($r = 0,29$ $P = 0.011$). En el anàlisis multivariante las variables determinantes del GIMc son los valores de PCRus ($\beta = 0.022$, IC95%:0.002-0.042; $P = 0.036$) y los niveles de HDL ($\beta = 0.3031$, IC95%: 0.596- 0.010; $P = 0.043$)

Discussió. Los pacientes con LES presentan mayor arteriosclerosis subclínica determinada por el GIMc. La presencia de arteriosclerosis subclínica se correlaciona de forma lineal con los valores de PCR ultrasensible y no con los niveles de perfil lipídico habituales. En el anàlisis multivariante los niveles de PCRus y c-HDL determinan el GIMc en pacientes con LES. El grado de función endotelial en pacientes con LES y en población sana se correlaciona con los niveles de c-HDL. No se hayan diferencias significativas en cuanto a los valores de PAT2000.

Conclusions La presencia de marcadores serológicos de inflamación se correlaciona con la presencia de aterosclerosis acelerada en pacientes con LES.

Tromboembolisme (T)

T-03

TROMBOEMBOLISME PULMONAR EN MAJORS DE 80 ANYS

R. Coll¹, N. Parra², R. Salas³, E. Merino³, J. Delàs³, C. Fornós³, M. Sanjaume³, F. Fernández³

¹Servei de Urgències, ³Servei de Medicina Interna. Hospital Universitari Sagrat Cor. Barcelona

²Unitat de Recerca. Sant Joan de Déu-Serveis de Salut Mental. Sant Boi de Llobregat (Barcelona)

Objectius. Descriure les característiques clíniques pre-prova diagnòstica en pacients majors de 80 anys amb tromboembolisme pulmonar (TEP) i analitzar els trets diferencials amb els pacients amb TEP més joves.

Material i Mètodes. Estudi prospectiu de casos i controls realitzat amb 75 pacients diagnosticats de TEP atesos en un Hospital Universitari. Es consideraren casos els pacients de 80 o més anys (33 pacients) i controls, els menors de 80. En ingressar es recolliren variables socio-demogràfiques i clíniques, dades referents a l'exploració física, proves de laboratori i d'imatge. La sospita diagnòstica es confirmà mitjançant gammagrafia pulmonar de ventilació-perfusió, àngioTAC pulmonar o bé angiografia pulmonar per sostracció digital (DIVAS) quan fou necessari. Es realitzà una anàlisi d'estadística descriptiva i inferencial bivariada entre casos i controls.

Resultats. Els 33 pacients amb TEP de 80 o més anys tenien una mitjana d'edat de 86,0 (DE=4,3) anys i el 64,3% era dona. Els 42 controls tenien edat mitjana de 68,6 (DE=10,6) anys i el 64,3% era dona. El grup dels casos consultà majoritàriament per dispnea sobtada (48,5%) i els menors de 80 anys, per dolor toràcic (47,6%) de manera més freqüent que els casos [47,6% vs 24,2%, OR=2,8 (IC95% 1,1 - 7,7), $p=0,038$]. No s'observaren diferències estadísticament significatives entre casos i controls pel que fa a



XIII Barcelona

factors de risc clàssics de TEP; la immobilització superior a tres dies en el moment de la consulta fou el més freqüent en els de 80 o més anys (30,3%) i l'antecedent de trombosi venosa profunda (TVP) o TEP previ (21,4%) en els controls. Pel que fa a comorbiditats, el grup més ancià presentà fractura femoral, pelviana o tibial amb més freqüència que els controls [12,0% vs 1,2%, OR=2,9 (IC 95% 1,5 – 7,1), $p=0,020$]. No s'apreciaren diferències estadísticament significatives a les dades d'exploració física, proves de laboratori ni d'imatge, però sí a nivell clínic: els de 80 o més anys presentaren FC mitjana inferior (89,0 x', DE=20,0), TA sistòlica i diastòlica mitjanes inferiors [131,6 mmHg (DE=18,8) i 74,5 mmHg (DE=11,7)], menor presència de signes i símptomes de TVP (9,1%), valor mitjà de dímer-D superior (4255,1 ng/dL, DE=3276,8), menor pO₂ mitjana (65,9 mmHg, DE=26,7), pitjor funció renal [creatinina mitjana=1,2 mg/dL (DE=0,4)], major presència d'alteracions electrocardiogràfiques (36,4%), a la radiografia toràcica (64,6%) i al doppler venós d'extremitats inferiors (33,3%). El diagnòstic diferencial que generà confusió més freqüentment i de manera significativa fou la insuficiència cardíaca, escollit en el 15,2% dels casos i mai en els controls ($p=0,032$).

Discussió. La inespecificitat dels símptomes clínics en pacients amb TEP de 80 o més anys no difereix substancialment de la forma de presentació en pacients més joves; les diferències més notables amb significació estadística es refereixen a la major proporció de fractura femoral, tibia o pelvis i a la menor presència de dolor toràcic en el grup dels ancians. Això darrer, en combinació amb la dispnea com a motiu de consulta més freqüent en els pacients d'edat avançada, justificaria la confusió amb insuficiència cardíaca de manera més freqüent que en els controls. En els ancians, la majoria de les diferències clíniques observades impliquen un cert estat "hiporreactiu" del perfil clàssic esperat per a TEP; els canvis involutius associats a l'envelliment podrien justificar aquest fenomen. No obstant, el tractament farmacològic en persones d'edat avançada, entre els quals destaquen hipotensors i antiarrítmics, també contribuirien a la manifestació atípica de la malaltia. Per últim, el fet que la "hiporreactivitat" observada en els casos no assoleixi la significació estadística probablement sigui motivat per l'avançada edat del grup control, amb mitjana d'edat superior als 65 anys.

Conclusions. La presentació clínica del TEP en pacients de 80 o més anys no difereix significativament dels més joves. Les diferències observades a nivell clínic pressuposen un cert estat d'hiporreactivitat de les manifestacions que confereixen al quadre una major inespecificitat.

XIII Congrés de la Societat Catalano-Balear de Medicina Interna

Varis (V)

V-01

ES POT PREDIR LA MORTALITAT DELS MALALTS A L'INGRÉS EN UNA SALA DE MEDICINA INTERNA?

E. Frància, O. Torres, J. De Llobet, J. Casademont

Servei de Medicina Interna. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau (Barcelona)

Objectius. La medicina actual requereix una estimació del pronòstic el més acurada possible.. L'avaluació de la mortalitat intrahospitalària a Medicina Interna acostuma a realitzar-se a posteriori, sense un consens de quin és l'índex més apropiat per determinar a l'ingrés la probabilitat de morir. Ens proposem estudiar la capacitat predictiva al moment de l'ingrés que tenen en el nostre medi dos dels models prèviament publicats: "Rapid Emergency Medicine Score (REMS)" (basat en dades fisiològiques a l'ingrés) i "Model probabilístic de mortalitat(MPM HOS-24)." (basat en antecedents patològics obtinguts per història clínica), analitzant si la combinació dels dos millora aquesta capacitat.

Material i Mètodes. Estudi prospectiu de tots els malalts ingressats a la sala convencional de Medicina Interna (Maig -Desembre del 2008), a excepció dels ingressats des d'unitats de crítics. S'han recollit de cada malalt en el moment de l'ingrés les següents variables: procedència (urgències, domicili, hospital de dia); les assenyalades al MPM, que són antecedents patològics d'insuficiència cardíaca, insuficiència respiratòria, hepatopatia crònica, demència i càncer i xifres d'hemoglobina i creatinina; les assenyalades al REMS, que són pressió arterial mitjana, freqüència cardíaca, freqüència respiratòria, temperatura, saturació d'oxigen i escala de coma de Glasgow; i l'edat que és comú als dos índexs. S'ha utilitzat la regressió logística per identificar els predictors independents de mortalitat, s'han construït les corbes ROC i comparat els dos models mitjançant l'àrea sota la corba (AUC).

Resultats. La mortalitat a la sala convencional ha estat del 14%. La mortalitat global a medicina interna al mateix període ha estat del 8.8% (hi ha altres dues sales de medicina amb malalts de diferent perfil, una d'estada curta i l'altre de cures post agudes), i l'esperada ajustada pel risc del 9.4%. L'edat mitjana dels pacients ha estat de 73.6 anys, essent el 43.7% homes. El 88% dels malalts provenia d'urgències. A l'aplicar els models de regressió logística les variables que mantenien la capacitat predictiva eren edat, insuficiència respiratòria crònica, creatinina, pressió arterial mitjana, freqüència respiratòria i escala de Glasgow. A l'analitzar l'AUC, el dos models són molt similars, lleugerament més potent el fisiològic (0.739;95% IC 0.676-0.802) que el clínic (0.726; 95% IC 0.667-0.785), sense que la diferència sigui estadísticament significativa. La combinació dels dos models millora la capacitat predictiva global (AUC 7.777; 95% IC: 0.729-0.833) però sense que la millora arribi a ser estadísticament significativa

Conclusions. Els models probabilístics dels que disposem tenen una capacitat subòptima de predicció a l'ingrés de la mortalitat intrahospitalària, sense massa diferències entre un model basat en dades de història clínica i un altre basat en dades fisiològiques obtingudes per exploració física. Ens poden ser útils com a eines per a la gestió, però no per fer prediccions individuals. potser la introducció d'altres paràmetres, com l'estat funcional previ, milloraria la capacitat predictiva.



XIII Barcelona

Variables amb capacitat predictiva (V-01)

	Vius	Morts	Anàlisi bivariat	OR (95%CI)	Anàlisi multivariat
Edat	72.5	80.2	p<0.001	1.033 (1.009-1.058)+ y 1.024 (1.003-1.047) ++	p=0.006 p=0.027
Insufic respir crònica (%)	14.8	30	p=0.002	1.529 (1.333-1.745)	p=0.016
Creat(mg/dl)	1.3	1.9	p<0.001	1.350 (1.118-1.630)	p=0.002
Pressió arterial mitja (mmHg)	92.8	86	p=0.003	1.024 (1.008-1.039)	p=0.002
Freqüència respirat	21.7	26.1	p<0.001	1.075 (1.030-1.122)	p=0.001
Escala de Glasgow	14.3	13.2	p<0.001	1.117 (1.012-1.210)	p=0.030

V-04

SOSPECHA DE ENFERMEDAD NEOPLASICA COMO MOTIVO DE CONSULTA EN UNA UNIDAD DE DIAGNOSTICO RAPIDO

J. Torné Cachot¹, J. Blanch Falp¹, X. Encinas Méndez², X. Pérez Martí², J. Vidal Balaña³, J. Verge Schulte², J. Baucells Azcona¹, P. Puig Loshuertos¹

¹Servei de Medicina Interna, ²Servei de Cirugia General, ³Servei de Neumologia.

Hospital Residència Sant Camil. Sant Pere de Ribes (Barcelona)

Objectius. Los objetivos del estudio son conocer la incidencia de enfermedades neoplásicas diagnosticadas en la unidad de diagnóstico rápido (UDR) y correlacionar las distintas patologías remitidas con la sospecha de cáncer con el diagnóstico final de enfermedad neoplásica.

Material i Mètodes. Se trata de un estudio prospectivo y observacional de todos los pacientes registrados en la UDR, desde noviembre de 2005 hasta febrero de 2009. Se evaluaron las siguientes variables: edad, sexo, procedencia (atención primaria, urgencias, consultas externas, screening de mama) motivo de la consulta (sospecha de neoplasia de mama, colorectal y pulmón, cuadro tóxico, adenopatías, alteración radiológica sospechosa de malignidad, anemia, ictericia, ascitis en paciente no cirrótico, diarrea crónica, derrame pleural, disfagia de instauración reciente, masa abdominal, sospecha de enfermedad sistémica y artritis aguda), intervalo diagnóstico, diagnóstico final y adecuación.

Resultats. En el periodo del estudio se registraron 1.733 pacientes, 810 hombres (46,7%) y 923 mujeres (53,3%), con una edad media de 60,5 años (15-98; mediana 62 años). En cuanto a la procedencia, 800 pacientes (46,16%) fueron remitidos de atención primaria, 412 (23,70%) de urgencias, 393 (22,67%) de consultas externas, 72 (4,15%) de screening de mama y 56 (3,23%) de otros orígenes. Los motivos de consulta más frecuentes fueron, la sospecha de neoplasia colorectal con 258 casos (14,80%), la sospecha

XIII Congrés de la Societat Catalano-Balear de Medicina Interna

de neoplasia de mama con 221 (12,75%), el estudio de anemia con 196 (11,30%), la sospecha de neoplasia de pulmón con 161 (9,29%) y el cuadro tóxico con 158 (9,11%). Se realizó un diagnóstico de enfermedad neoplásica en 496 pacientes (28,57%). Los principales orígenes fueron, mama 139 (28%), colon y recto 93 (18,75%), pulmón 75 (15,12%), hemopatías malignas 25 (5%) e hígado 17 (3,42%). Los motivos de consulta que con mayor frecuencia el diagnóstico resultó ser una enfermedad neoplásica fueron, sospecha de neoplasia de mama con 139 casos (62,80%), alteraciones radiológicas sospechosas de malignidad con 51 (49%), masas abdominales con 13 (48,10%), sospecha de neoplasia de pulmón con 75 (46,50%) y sospecha de neoplasia colorectal 93(36%). Se diagnosticó de enfermedad maligna el 18,3% de los pacientes con anemia y el 12,6% de los cuadros tóxicos. El intervalo diagnóstico global fue de 8,80 días. Existió adecuación en el 87,82 % de los pacientes.

Discussió. Los objetivos fundamentales de las UDR son el diagnóstico rápido de enfermedades potencialmente graves y el ahorro de ingresos hospitalarios. En la mayoría de los pacientes estudiados existía la presunción de enfermedad neoplásica, diagnóstico que se acabó confirmando en un importante porcentaje de pacientes (28,57%). Esta cifra es superior a las descritas en otros hospitales comarcales y de tercer nivel (15-19%). El amplio espectro de patologías seleccionadas así como la estructura funcional de nuestra UDR, que incluye un internista, un neumólogo y un cirujano dedicado a la patología mamaria, permiten aumentar el número de diagnósticos de neoplasias en circuito de diagnóstico rápido. Hemos evidenciado una buena correlación entre diversos procesos seleccionados con un alto índice de sospecha de enfermedad maligna con el diagnóstico final de cáncer.

Conclusions. Los resultados de nuestro estudio nos permiten realizar las siguientes conclusiones: 1. El alto porcentaje de neoplasias diagnosticadas cumple uno de los objetivos fundamentales de la unidad. 2. El carácter multidisciplinario de la UDR es un factor determinante en el número de neoplasias diagnosticadas. Esta estructura funcional parece ser más aplicable en hospitales comarcales por la menor especialización y menores recursos. 3. Hemos comprobado una alta correlación sospecha/neoplasia en los motivos de consulta más específicos (sospecha de neoplasia de mama, pulmón, colorectal, masas abdominales, alteraciones radiológicas) y menor en los inespecíficas (cuadro tóxico, diarrea crónica y anemia).

V-08

CARACTERÍSTIQUES CLÍNiques I PRONÒSTIC DELS PACIENTS INGRESSATS EN UNA UNITAT DE CURES INTERMITGES DE MEDICINA INTERNA

A. Simonetti¹, X. Solanich¹, M. Bodro¹, I. Cabello¹, A. Ribera¹, R. Máñez², A. Riera-Mestre¹, R. Pujol¹

¹Servei de Medicina Interna, ²Servei de Medicina Intensiva. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona)

Objectius. Descriure les característiques clíniques dels pacients ingressats en una Unitat de Cures Intermitges de Medicina Interna (MICI) en un hospital universitari de tercer nivell, així com l'efecte del seu ingrés en aquesta Unitat.



XIII Barcelona

Material i Mètodes. Estudio prospectiu de tots els pacients ingressats a la MICI en un hospital universitari de 906 llits, 60 dels quals pertanyen al Servei de Medicina Intensiva (UCI). La nostra MICI disposa de 4 llits, amb possibilitat de monitorització de la freqüència cardíaca, saturació d'oxigen i del ritme cardíac. Aten pacients procedents de llargues estades a UCI, que requereixen una vigilància estreta de les vies aèria i digestiva, així com rehabilitació. Es varen recollir dades demogràfiques, clíniques i evolució durant el seu ingrés dels pacients atesos en aquesta Unitat durant un període de 24 mesos. La mortalitat a la MICI es va definir com durant l'ingrés o al mes de l'alta d'aquesta Unitat.

Resultats. Es varen estudiar un total de 244 pacients, amb una edat mitja de 57.7 (DE: 16,2) anys. El 67% eren de gènere masculí. Els principals motius d'ingrés hospitalari varen ésser quirúrgics (57%). L'estada mitja a UCI va resultar de 38 (DE: 28) dies. La mitja de les xifres de albúmina i prealbúmina a l'ingrés a UCI va ésser de 26 (DE:6.4) g/L i 229 (DE: 110) mg/L, respectivament. Al seu ingrés a MICI, el 39% presentaven nafres per decúbit, el 79% eren portadors de cànula de traqueostomia i el 66% de sonda naso-gàstrica (SNG). Durant el seu ingrés a MICI es va poder retirar la traqueostomia al 48% i la SNG al 58% dels pacients portadors. La mitja de l'Índex de Barthel (IB) a l'ingrés i a l'alta de la MICI va ésser de 10 (DE: 14) i 33 (DE: 30) punts, respectivament ($p < 0.05$). L'estada mitja a MICI va resultar de 11.6 (DE: 8.8) dies. La mitja dels valors d'albúmina a l'alta de la MICI va ésser de 32.6 (DE: 5.3) g/L. Els principals Serveis de destí a l'alta foren: Neurocirurgia (19%), Medicina Interna (9%), Neurologia (9%), Cirurgia General Digestiva (8%), Cirurgia Cardíaca (8%), altres Serveis quirúrgics (10%), altres Serveis mèdics (6%) i centres socio-sanitaris (7%). Dotze pacients (5%) varen tenir que reingressar a la UCI. La mortalitat durant l'ingrés a MICI o al mes de l'alta va resultar del 6%.

Conclusions. Les MICI com la presentada, son efectives en la gradació assistencial del pacient crític després de llargues estades a la UCI. L'elevat percentatge de pacients als que se'ls hi ha pogut retirar la cànula de traqueostomia i la sonda naso-gàstrica, així com la milloria en l'Índex de Barthel i l'estat nutricional, i la baixa necessitat de reingrés a UCI i mortalitat, son marcadors de la seva efectivitat. Els internistes estan capacitats pel maneig dels pacients ingressats en aquestes Unitats.

V-13

MANIFESTACIONS OTORRINOLARINGOLÒGIQUES EN LA GRANULOMATOSIS DE WEGENER

M. Ramentol Sintas¹, R. Solans Laqué¹, N. Iriarte Gay de Montella¹, J. Bosch Gil¹,

A. Martínez Arias², J. Lorente², F. Martínez Valle¹, M. Vilardell Tarrés¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Otorrinolaringología. Hospitals Vall d'Hebron. Barcelona

Objectius. Valorar la importància de les manifestacions otorrinolaringològiques i la seva evolució en el temps després del tractament immunosupressor, en una sèrie de pacients afectats de Granulomatosis de Wegener

XIII Congrés de la Societat Catalano-Balear de Medicina Interna

Material i Mètodes. Es van incloure tots els pacients vius diagnosticats de Granulomatosis de Wegener en els últims 15 anys en el Servei de Medicina Interna del nostre hospital. A tots els pacients, se'ls va realitzar una rinoscòpia anterior, una otoscòpia, una laringoscòpia, una audiometria i uns potencials evocats auditius. Es va comparar l'afectació otorrinolaringològica actual amb l'existent en el moment del diagnòstic de la malaltia i l'evolució de la mateixa després del tractament immunosupressor.

Resultats. Es van incloure 33 pacients (14 homes i 19 dones), amb una edat mitja al diagnòstic de 47,2 anys (17-73). El 72,7% (24 pacients) presentaven manifestacions otorrinolaringològiques en el moment del diagnòstic de la malaltia, però només 5 d'ells (15,2%) les presentaven de forma aïllada. Els símptomes més freqüents van ser la rinorrea sanguinolenta (42,4%), sinusopatia (48,5%), otitis mitja serosa (33,4%) i la hipoacússia neurosensorial (33,4%). 6 pacients (1 home i 5 dones) van presentar estenosis subglòtica que es va associar amb perforació i enfonsament del tabic nasal en 3 casos. Els ANCA van ser positius (especificitat PR3) en el 81,8% dels casos. La biòpsia de la mucosa nasal, sinusal, òtica o traqueal va ser la que va confirmar el diagnòstic de Granulomatosis de Wegener en el 33% dels casos. El temps de seguiment va ser de 7,9 anys (1-15). Durant aquest període, el 81,2% dels pacients van presentar afectació otorrinolaringològica recidivant o de nova aparició. Les manifestacions otorrinolaringològiques van desaparèixer majoritàriament amb el tractament immunosupressor, a excepció de la sordesa neurosensorial que, tot i que va millorar amb el tractament, va progressar després de la supressió en 5 dels 11 pacients afectats. De una manera similar, l'afectació laringotraqueal va presentar una evolució independent: 3 pacients afectats de Granulomatosis de Wegener generalitzada van presentar estenosis subglòtica mentre es trobaven en remissió completa de la resta de manifestacions de la seva malaltia, estant, en 2 dels 3 casos, sota tractament immunosupressor. El 25% dels pacients, tot i trobar-se en remissió clínica, referien la persistència de costres o secrecions espesses a nivell nasal i/o laringotraqueal, alteració de l'olfacte i/o hipoacússia greu, que condicionava negativament la qualitat de vida.

Discussió. La Granulomatosis de Wegener (GW) és una vasculitis sistèmica necrotitzant que afecta especialment al tracte respiratori superior i inferior, a l'esfera otorrinolaringològica (ORL) i al ronyó. Les manifestacions ORL poden aparèixer a l'inici de la malaltia o durant l'evolució. En la nostra sèrie, el 72,7% dels pacients va presentar afectació ORL a l'inici de la malaltia i el 81,2% ho va fer durant el seguiment, essent aquests resultats comparables amb els existents en la literatura vigent. Els símptomes més freqüents foren: rinitis costrosa, sinusopatia crònica, otitis mitja i sordesa neurosensorial. L'afectació auditiva pot causar otomastoiditis destructiva amb afectació dels parells craneals i, rarament, de les meninges. Les manifestacions ORL no suposen generalment un risc per a la vida del pacient (a excepció de l'afectació laringotraqueal), però solen ser recidivants i poden generar seqüeles irreversibles, amb l'impacte que això suposa en la qualitat de vida del pacient. La majoria d'elles desapareixen amb el tractament immunosupressor, però la sordesa neurosensorial pot seguir un curs independent i progressar tot i el tractament instaurat.

Conclusions. L'afectació ORL és molt freqüent en la GW i sol respondre bé al tractament immunosupressor. No obstant, sovint persisteixen seqüeles que condicionen la qualitat de vida del pacient (costres nasals, sequedat de mucoses, alteració de l'olfacte, sordesa). L'afectació subglòtica i la hipoacússia neurosensorial poden progressar tot i el tractament. És necessari un abordatge multidisciplinar que permeti el diagnòstic precoç i una optimització del tractament d'aquestes manifestacions.



XIII Barcelona

PÒSTERS

Malalties Infeccioses (A)

A-03

BACTERIÈMIA PER ENTEROBACTERIES PRODUCTORES DE BETALACTMASES DE ESPECTRE EXTÈS

L. Castro Vélez, E. Chamarro Martí, M. Hoyos Valladares

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

Objectius. Les infeccions per Enterobactèries productores de beta-lactamases de espectre estès (BLEE) constitueixen un problema important dins de les malalties infeccioses tant per la seva freqüència creixent com per la morbimortalitat que comporten. En els últims anys hi ha una tendència evolutiva a augmentar la freqüència de BLEE sobretot en àmbit comunitari, alta morbimortalitat i alta pressió antibòtica prèvia. Els objectius del nostre estudi són descriure el nombre i l'origen de les bacterièmies per BLEE en els últims anys i conèixer les característiques dels pacients amb bacterièmies per BLEE al nostre hospital.

Material i Mètodes. Es realitza estudi descriptiu retrospectiu de les bacterièmies per BLEE al nostre hospital durant el període 2003-2008. Les variables a estudi són: edat, sexe, escala de Charlson (comorbiditat), presa de antibiòtics abans del ingrés (cefalosporinas de 3a generació, quinolones o aztreonam) lloc d'adquisició, origen de la bacterièmia amb cultiu positiu, germen aïllat, tipus d'infecció (nosocomial, comunitari o relacionada a sistemes sanitaris), diagnòstic clínic (sepsis o shock sèptic) i si va provocar o no la mort del pacient.

Resultats. El nombre total de bacterièmies es de 21. 13 homes (61,9 %) amb una mitjana d'edat de 77 anys (44-91). La mitjana d'Índex de Charlson de comorbiditat és de 3,33. En 8 casos (38%) estaven immunodeprimits. El 36,84% associat a sistema sanitari, 13 pacients havien pres tractament antibiòtic amb quinolones i/o cefalosporines de tercera generació. Un 47.6% provenien de la comunitat, 33.3% estaven associats a Sistema Sanitari. L'origen de la bacterièmia va ser en un 42.85% urinari. En la majoria de bacterièmia per BLEE es va aïllar *Escherichia coli* (95.23%). Només en un cas *Klebsiella pneumoniae*.

A-04

TUBERCULOSI VERTEBRAL A L'HOSPITAL UNIVERSITARI DE TARRAGONA JOAN XXIII

M. Roca¹, A. Ródenas¹, J. Llutart¹, E. Castellar¹, J. Porras¹, G. García², C. Piqueras¹, C. Richart¹

¹Servei de Medicina Interna, ²Grup Control de la Infecció. Hospital Universitari de Tarragona Joan XXIII. Tarragona

Objectius. Analitzar la casuística, l'epidemiologia, la clínica i les proves diagnòstiques rellevants de la TBC vertebral a l'Hospital Universitari Joan XXIII de Tarragona.

XIII Congrés de la Societat Catalano-Balear de Medicina Interna

Material i Mètodes. S'ha realitzat una revisió retrospectiva de les històries clíniques amb diagnòstic de TBC vertebral en el nostre centre entre els anys 2000 i 2008.

Resultats. S'han estudiat 8 malalts, la meitat eren dones i l'altre meitat homes, d'edats compreses entre 26 i 53 anys amb una mitjana d'edat de 36.8 anys. El 50% eren naturals d'Espanya i la resta immigrants, un del Senegal, dos del Marroc i un de la Índia. Tres pacients, dels no immigrants, eren HIV positius, dos en estadi C3 i l'altre en estadi B3, amb càrregues virals en el moment de diagnòstic que oscil·laven entre 31.000 i 555.000 còpies/ml i tots ells amb un recompte limfocitari de CD4 menor de 175 cel·l/mm³. Cap d'ells es trobava en tractament TARGA, dos l'havien seguit de forma irregular i el tercer mai n'havia rebut. La cervicodorsolumbàlgia ha estat el símptoma guia comú en tots els casos. Dos casos presentaren febre i un tercer abscessos cutanis, tractant-se aquest últim d'una TBC cutàniovertebral. La mitja del retard diagnòstic fou de 3 mesos i 20 dies. En sis dels pacients es realitzà PPD (prova de derivat proteic purificat) que resultà positiva en 5 dels casos. Pel que fa les proves d'imatges, en la radiologia simple cinc dels pacients tenien una Rx de tòrax normal i en la Rx de columna quatre presentaven aixafament vertebral, un destrucció vertebral i un altre rectificació de la lordosi cervical. En sis pacients es realitzà TC de columna, objectivant-se imatges suggestives d'espondilodiscitis en cinc casos (amb o sense afectació de parts toves) i un cas presentava abscess de psoas sense afectació vertebral. Es disposà de cinc ressonàncies magnètiques (RM) de columna que confirmaren les troballes de TC i en un cas, a més, s'objectivà una lesió expansiva a C1 amb afectació de base de crani, no visualitzada per TC, cas corresponent a TBC craniovertebral. Es va trobar afectació craniocervical en un cas, dorsal en dos casos, dorsolumbar en tres i columna lumbar en els dos restants. L'estudi histològic va ser diagnòstic en tres casos. En tres pacients es realitzà biòpsia òssia i només en un cas l'estudi anatomopatològic fou suggestiu de TBC i en un altre cas la PCR resultà positiva per micobacteris. En quatre pacients amb abscess paravertebral, es realitzà PAAF, sense anatomia patològica diagnòstica en cap d'elles. En un pacient es realitzà biòpsia cutània que mostrà dermatitis granulomatosa caseïficant i en un altre cas va ser la biòpsia d'una lesió retroperitoneal la que establí el diagnòstic de TBC. La PCR per micobacteris fou positiva en cinc dels casos. El cultiu de Lowenstein-Jensen resultà positiu en tres casos. Cap dels pacients presentà de forma simultània histologia i creixement microbiològic positius. Finalment, en un sol cas cap de les proves diagnòstiques confirmà l'etiologia de la malaltia i s'inicià tractament empíric amb bona resposta. Tots els pacients van seguir un esquema de tractament de 12 mesos amb quatre fàrmacs (Rifampicina(R), Isoniacida(H), Pirazinamida(Z) i Etambutol(E)) excepte un que es tractà amb tres fàrmacs (R,H,Z). En tres casos es va realitzar tractament quirúrgic amb drenatge de l'abscess. Cap dels vuit casos presentaren complicacions neurològiques que precisessin tractament quirúrgic. El temps de seguiment mig fou de 12 mesos. Només en un cas aparegueren efectes secundaris en relació amb el tractament (pustulosi cutània subcòrnia). Dos casos han presentat seqüeles en forma de dolor residual i la resta una correcta evolució. En cap cas s'ha evidenciat recidiva.

Conclusions. S'observa una reactivació en el nostre medi de patologia per TBC vertebral en especial afectant a dos grups de població, per una part els pacients HIV amb un mal control immunològic i per altra banda la població immigrant. És la combinació de diferents proves les que permeten arribar al diagnòstic en



XIII Barcelona

la majoria de casos de TBC vertebral. A més a més, davant una alta sospita clínica, amb totes les proves negatives, estaria justificat el tractament empíric antituberculós en pacients amb factors de risc, com els pacients HIV positius o immigrants, amb una clínica i radiologia suggestiva descartats altres processos.

A-06

MALALTIA DE POTT: ANÀLISI DE 16 CASOS

M. Rexach Fumanya¹, M. Blázquez Llistosella¹, À. Vinyes-Miralpeix Gassó¹, M. Teixidor Viñas², J. Uriel Cano¹, F. García-Bragado Dalmau¹

¹Servei de Medicina Interna, ²Servei de Radiologia. Hospital Universitari de Girona Dr. Josep Trueta. Girona

Objectius. Presentar i analitzar les característiques de 16 casos d'espondilitis tuberculosa atesos en un hospital de segon nivell de la província de Girona.

Material i Mètodes. Es realitza un estudi retrospectiu dels 16 casos de malaltia de Pott atesos en el nostre hospital durant el període de gener de 2000 a febrer de 2009. Valorem les variables: sexe, edat, nacionalitat, temps de residència en el nostre país, factors de risc, antecedents de tuberculosi prèvia, clínica associada, grau d'afectació, estudi microbiològic, anatomo-patològic i molecular, tractament i evolució clínica.

Resultats. Dels 16 casos analitzats, 15 (93,8%) van ser homes i l'edat mitja de presentació 35 anys. Eren nouvinguts 12/16 (75%), i d'ells, el 75% immigrants recents. La nacionalitat més prevalent va ser la gambiana (50%). Només 2 pacients tenien una història prèvia de tuberculosi. No presentaven un augment d'incidència en cap dels factors de risc evaluats (tabac, alcoholisme, diabetis mellitus, hipertensió arterial, patologia respiratòria prèvia, VIH, VHC, VHB, tractament immunosupressor, patologia neoplàsica). El temps mig d'evolució de la clínica van ser 5 mesos i el motiu de consulta més freqüent el dolor local (43,8%). Es va observar dèficit neurològic associat en el 25% dels casos. El nombre de vèrtebres afectades va ser d'entre 1 i 14, i en 10/16 l'afectació era de més de 2 vèrtebres. Localitzacions més freqüents: dorsal i lumbar. En el 81,4% dels casos, l'afectació implicava la part anterior del cos vertebral. L'afectació del disc vertebral es va objectivar per proves d'imatge en 11 casos (68,8%). Un 31,3% dels casos s'associaven a un abscess del múscul psoas. En 6/16 (37,3%) es va observar tuberculosi en una altra localització simultània, la qual va ser el primer diagnòstic en 3 d'ells. La prova de la reacció a la tuberculina (PPD) va ser positiva en els 14 casos en què es va realitzar. El cultiu del material obtingut per punció (PAAF) va ser positiu en 5/10 casos, la biòpsia òssia va ser diagnòstica en els 6 casos en què va realitzar, així com la PCR per BK que també va ser positiva en 7/7 casos. El tractament més utilitzat va ser la teràpia amb 4 fàrmacs en el 86,7%. Van requerir cirurgia 3 casos. Es va perdre el seguiment de 4 casos, en 8 es va arribar a la curació, un cas es va morir per progressió de la malaltia i 3 més continuen en tractament.

Discussió. De l'anàlisi realitzat en destaquem l'elevada incidència d'immigrants, sobretot durant els primers cinc anys de residència en el nostre país. Per altra banda, no s'ha pogut establir relació amb cap dels factors

XIII Congrés de la Societat Catalano-Balear de Medicina Interna

de risc més freqüentment associats a la tuberculosi. Com ja s'ha observat en altres estudis, el temps entre l'inici de la clínica i el moment del diagnòstic segueix essent alt. Les lesions solen ser múltiples amb una tendència a l'afectació dorsal i lumbar. En el nostre estudi hem obtingut una baixa rentabilitat de l'estudi microbiològic com a mètode diagnòstic inicial, al contrari de les proves histològiques i moleculars.

Conclusions. El perfil més habitual dels pacients amb malaltia de Pott que hem atès al nostre hospital és el d'un home immigrant recent, que consulta per dolor de llarga evolució a la columna dorso-lumbar. Hi ha una baixa rentabilitat de l'estudi microbiològic i el diagnòstic es basa en la clínica, la imatge, l'estudi histològic i, recentment, en l'estudi molecular. Cal un abordatge multidisciplinar ja que alguns casos requeriran cirurgia.

A-09

TUBERCULOSI EN IMMIGRANTS. CASOS DIAGNOSTICATS A URGÈNCIES SEGONS LA ZONA GEOGRÀFICA DE PROCEDÈNCIA

E. Esteve Palau¹, A. Supervia Caparrós², F. Del Baño López², I. Rodríguez Pinto¹, A. Aguirre Tejedo², E. Skaf Peters², L. Mellibovsky Saidler¹, O. Pallàs Villaronga²

¹Servei Medicina Interna i Malalties Infeccioses, ²Servei d'Urgències. Hospital del Mar. Barcelona

Objectius. Descriure la distribució per zones geogràfiques dels malalts diagnosticats de tuberculosi al Servei d'Urgències de Medicina (SU). Adicionalment, es mostra la zona geogràfica de procedència de la població immigrant censada a la nostra àrea d'influència, per tal de veure si existeix algun paral·lel. L'ítem entre el nombre de casos de tuberculosi i la zona geogràfica de procedència.

Material i Mètodes. S'introdueixen tots els malalts immigrants amb tuberculosi de nou diagnòstic que varen ser visitats al SU durant els anys 2006 i 2007. Es van obtenir les dades poblacionals del padró municipal (any 2006). Per cada zona geogràfica d'origen es va avaluar el percentatge que representava respecte a la població immigrant censada (PPI), així com el tant per cent que representava respecte al total de casos de tuberculosi en pacients immigrants diagnosticats al nostre SU (PTU). Finalment, varem calcular la ratio PTU/PPI per avaluar els casos de tuberculosi ajustada segons dades poblacionals.

Resultats. El nombre total d'immigrants censats a la nostra àrea d'influència l'any 2006 fou de 54.057. Les zones geogràfiques de procedència eren: Europa Occidental (19,2%), Europa de l'Est (2,1%), Àfrica del Nord (9,9%), Àfrica Subsahariana (no hi consten censats), Àsia Central (18,5%), resta d'Àsia (12%) i Amèrica Central i del Sud (38,31%). Durant el període d'estudi es van diagnosticar 60 casos de tuberculosi en immigrants. Les zones geogràfiques de procedència d'aquest immigrants són: Europa de l'Est (11,7%), Àfrica del Nord (8,3%), Àfrica Subsahariana (3,3%), Àsia Central (30%), Reste d'Àsia (3,3%) i Amèrica Central i del Sud (41,66%). En un cas no es va aconseguir saber la procedència del malalt. La ratio PTU/PPI fou: Europa Occidental: 0; Europa de l'Est: 5,5; Àfrica del Nord: 0,8; Àfrica Subsahariana: no evaluable; Àsia Central: 1,62; Reste d'Àsia: 0,28 i Amèrica Central i del Sud: 1,09.

Discussió. L'Hospital del Mar de Barcelona cobreix un àrea d'influència de 350.000 habitants. L'any 2006,



XIII Barcelona

el 15,7% d'aquesta població corresponia a immigrants. Darrerament, s'ha observat un augment en la incidència de tuberculosi, en part degut als diagnòstics realitzats en immigrants. En concret, el 58,25% dels casos de tuberculosi diagnosticats al nostre Servei d'Urgències durant els anys 2006 i 2007 eren en població immigrant. Conèixer la procedència d'aquests malalts pot ajudar a establir mesures de control efectives.

Conclusions. La majoria dels nous casos de tuberculosi en immigrants visitats a urgències corresponen a malalts originaris d'Amèrica Central i del Sud i d'Àsia Central. Això no obstant, els malalts que representen un major nombre de casos visitats a urgències ajustat pel nombre total de censats a la nostra àrea d'influència, són els procedents de l'Europa de l'Est.

A-10

CONTROLS AMBIENTALS COM A INDICADOR I MESURA D'ALERTA EN LA VIGILANCIA DE LES INFECCIONS PER ASPERGILLUS SPP

S. Iftimie¹, A. López Azcona², I. Pujol Bajador³, A. Castro Salomó¹

¹Servei de Medicina Interna, ²Equip de control d'infeccions nosocomials, ³Servei de Microbiologia.
Hospital Universitari Sant Joan de Reus. Reus (Tarragona)

Objectius. Les infeccions per gèrmens oportunistes han adquirit en les dues últimes dècades una major rellevància, l'*Aspergillus spp* és un fong sapròfit que posseeix una gran ubiqüitat, les seves espores poden persistir en el medi ambient durant molt de temps i que es caracteritzen per la propietat d'afectar a pacients amb immunosupressió. El seu mecanisme de transmissió es troba molt lligat als sistemes d'enginyeria hospitalària (aire condicionat, sistemes d'abastament d'aigua, obres...), això implica que les mesures preventives depenguin fonamentalment d'actuacions de disseny i de manteniment d'aquests sistemes. Des de fa més de dues dècades són cada vegada més nombrosos els casos d'infeccions hospitalàries produïdes per fongs.

Material i Mètodes Es van realitzar estudis ambientals de la sala de UCI, en el centre i en les entrades d'aire per a comprovar la presència d'espores fúngiques. El mètode utilitzat ha estat el d'aspiració d'aire sobre agar Sabouraud+ Gentamicina, mitjançant l'aparell MAS-100. Es van fer 4 preses de mostres en dies diferents, una primera rutinària, la de comprovació, la tercera després de la neteja exhaustiva de la UCI i segellament de la zona de construcció per millores al centre hospitalari i la última, després del canvi del filtre final de la unitat. Posteriorment varen ser incubats en els medis de cultiu i es va realitzar el recompte de les colònies crescudes a les 48-72 hores d'incubació a 37 ° i després de tres dies d'incubació a 30°C. Els resultats varen ser informats en ufc/m³ d'aire. (veure taula 1) En el període de realització de mesures correctores de la situació es va fer vigilància activa de tots els pacients ingressats a la unitat mitjançant cultiu d'esput o broncoaspirat alveolar.

Discussió. La realització d'activitats de reparació/construcció per millores al centre estava propera a la localització del filtre final de la UCI. Durant el transcurs de les obres es va observar que el segellament de la

XIII Congrés de la Societat Catalano-Balear de Medicina Interna

zona no es va fer hermèticament. En aquest cas la neteja exhaustiva va ajudar a disminuir les colònies, però no va ser suficient i es va necessitar avançar sobre la data prevista el canvi de filtre. La resposta ràpida i la bona coordinació de les accions endegades va ser la causa de que en dues setmanes vam baixar els nivells d'espores fúngiques en els contactes realitzats. En aquest període cap pacient de la UCI presentó malaltia o colonització per fongs.

Conclusions. Els controls ambientals han sigut útils com a indicadors de l'augment del nivell d'espores fúngiques en l'aire en relació directa amb la zona activa d'obres, que va determinar la revisió dels circuits de neteja i manteniment. L'elaboració del pla, igual que les futures actuacions, hauria de ser multidisciplinari implicant a tots els serveis de l'hospital amb responsabilitats sobre les instal·lacions com són la Direcció del Centre, els serveis d'Obres i Manteniment, la Unitat de Neteja, i els serveis de Medicina Preventiva i Gestió de Qualitat, Microbiologia, i la Comissió d'Infeccions de l'Hospital.

ufc/m³ d'aire d'espores fúngiques (A-10)

Centre d'UCI	Centre d'UCI	Centre d'UCI	Centre d'UCI	Centre d'UCI	Centre d'UCI	Centre d'UCI
14	40	66	89	39	11	6
28	42	37	22	17	24	6
no valorable	9	25	38	23	33	7
0	0	2	4	2	1	7

A-13

ASPERGIL·LOSI NOSOCOMIAL EN UN HOSPITAL COMARCAL

F. Marimon Cortés¹, D. Ibarretxe Guerediaga¹, I. Pujol Bajador², A. Castro Salomó¹

¹Servei de Medicina Interna, ²Servei de Microbiologia.

Hospital Universitari Sant Joan de Reus. Reus (Tarragona)

Objectius. Evaluar la relació existent entre la presa de mesures de control ambiental i la incidència de casos d'Aspergil·losi nosocomial.

Material i Mètodes. S'han recollit els casos de d'aspergil·losi invasiva i colonitzacions respiratòries per *Aspergillus* spp, segons els criteris establerts pel "National Institute of Immunology, Allergy and Infectious Diseases", compresos entre el Gener 2002 i el Desembre 2008. S'utilitza el medi de cultiu estàndard Agar-Sabouraud. Tanmateix, es van realitzar estudis ambiental d'*Aspergillus* spp de forma aleatòria en algunes habitacions i banys de l'hospital durant els 3 primers anys.

Resultats. Es van incloure tots els ingressos hospitalaris, entre els que es van detectar 158 colonitzacions respiratòries per *Aspergillus* spp. i 27 Aspergil·losi invasives. Durant els 3 primers anys es van realitzar mesures exhaustives de control i neteja, per reduir la contaminació ambiental. Es va observar una tendència



XIII Barcelona

a la reducció de la incidència en el número de casos després d'aquestes accions, si bé s'observa que en els darrers 3 anys on no es va realitzar un control tan exhaustiu, es mantenia la mateixa ona epidemiològica, que es correlaciona amb l'augment del número de pacients amb broncopatia crònica. La majoria dels pacients del estudi presentaven MPOC (63%) i corticoteràpia crònica (86%). L'estudi ambiental va mostrar que el fong predominant era *Aspergillus flavus* (79%) i solament un 7% d'*Aspergillus fumigatus*. En canvi, l'estudi microbiològic de l'esput, va observar que el patogen més prevalent era *Aspergillus fumigatus* (56%) versus un 33% d'*Aspergillus flavus*.

Discussió. L'aspergil·losi invasiva nosocomial és una infecció intrahospitalària greu, el tractament de la qual sol ser poc efectiu, amb el que les mesures de profilaxi i tractament precoç són l'arma més important per reduir-ne el número de casos. Tot i que les mesures de control ambiental són necessàries i suposen una disminució en el nombre de colònies en el medi ambient, s'ha vist que el patogen predominant en els pacients amb colonitzacions respiratòries i aspergil·losi nosocomial, no és el mateix que el de les mostres ambientals. Per tant, la patologia de base del malalt creiem que té una influència fonamental en l'incidència de nous casos, tal i com es reflexa en la ona epidemiològica de la gràfica, on la incidència de casos sol augmentar durant el període d'hivern, coincidint amb un major número d'ingressos de malalts MPOC, amb elevada comorbiditat associada i tractament corticoide. Així doncs, tot i prendre mesures de control ambiental, es manté una incidència de nous casos de colonitzacions respiratòries, si bé l'estat d'alerta ens ha fet iniciar un tractament més precoç, que ha permès reduir la incidència de casos d'aspergil·losi invasiva i per tant una reducció de la mortalitat.

Conclusions. S'ha observat que es manté una incidència similar en el nombre de malalts colonitzats per *Aspergillus* al llarg d'aquests 8 anys, que es correlaciona amb el nombre de malalts MPOC ingressats i que no ha disminuït amb la instauració de mesures de control ambiental. Si bé, l'estat d'alerta, ens ha permès fer un diagnòstic i tractament més precoç dels malalts colonitzats, que ha suposat una reducció en la incidència de aspergil·losi invasiva i conseqüentment de la seva mortalitat.

A-14

UN ANY D'EXPERIÈNCIA EN EL TRACTAMENT DE LA ENDOCARDITIS INFECCIOSA A LA UNITAT D'HOSPITALITZACIÓ A DOMICILI

M. Hoyos Valladares¹, M. Cardona Ribera¹, J. Martínez Senmartí¹, S. Piñol Segura¹, S. Verdoy Cuevas², L. Castro Vélez¹

¹Servei de Medicina Interna. Hospital de Tortosa Verge de la Cinta. Tortosa (Tarragona)

²Servei de Medicina Interna. Hospital de la Santa Creu. Tortosa (Tarragona)

Objectius. Conèixer les característiques i l'evolució dels pacients amb Endocarditis Infecciosa tributaris a tractament antibiòtic ambulatori.

XIII Congrés de la Societat Catalano-Balear de Medicina Interna

Material i Mètodes. Avaluació retrospectiva de tots els pacients que van rebre teràpia antibiòtica endovenosa a domicili (TADE) per endocarditis infecciosa (EI) a la unitat d' Hospitalització Domiciliària de l'Hospital de Tortosa Verge de la Cinta durant l' any 2008. Es requeria estabilitat hemodinàmica i la no existència de complicacions associades a l'EI per incloure als pacients. El tractament s' aplicava en una única administració diària, en forma de bolus o mitjançant una bomba d' infusió programada intermitent.

Resultats. Es van incloure 4 pacients (2 homes i 2 dones). El promig d' edat era 65 anys (R: 25 - 88, DT: 27,84). El diagnòstic d' EI fou definitiu el 100% dels casos (Criteris de Duke). A la nostra sèrie, el 75% dels casos eren per afectació sobre vàlvula nativa (2 casos sobre vàlvula Mitral (50%), un sobre vàlvula aòrtica (25%)). El cas restant fou per afectació del cable del marcapàs (25%). En el 75% dels casos els gèrmens involucrats foren agents infecciosos típicament relacionats amb EI (Estreptococ Bovis, Estreptococ Viridans i Enterococ Faecium). El tractament antibiòtic en un 50% dels casos s' administrà en monoteràpia (ceftriaxona o ertapenem) i la resta en forma de teràpia antibiòtica combinada (gentamicina-ceftriaxona o gentamicina-penicilina G sòdica). La duració promig del tractament antibiòtic fou de 24.5 dies. Un pacient (25%) presentà complicacions durant la TADE que requirí reingrés. El 75% restant evolucionà correctament fins la curació.

Discussió. Els serveis d' Hospitalització Domiciliària permeten el tractament de malalties infeccioses en pacients clínicament estables, entre elles la EI. La experiència descrita en EI és més escassa que amb la resta de patologia infecciosa, però els resultats fins al moment són favorables. Els sistemes d' infusió programada intermitent d' antibiòtics han facilitat molt el tractament d' aquesta patologia de forma ambulatoria. El règim d' hospitalització domiciliària permet, a més del tractament, una detecció precoç de complicacions que puguin aparèixer en aquests pacients i una ràpida derivació per a atenció hospitalària especialitzada.

Conclusions. L' EI pot tractar-se amb èxit amb la TADE, suposant una bona opció terapèutica per a pacients clínicament estables, reduïnt així l'estada hospitalària i augmentant el benestar dels pacients.

A-15

ESTUDIO DE INCIDENCIA DE BACTERIEMIA RELACIONADAS CON LOS TIPS EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO Y TERCIARIO EN LOS ULTIMOS 11 AÑOS (1998-2008)

R. Godoy¹, J. López-Contreras¹, M. Gálvez¹, G. Soriano², C. Gómez², N. Benito¹, M. Gurguí¹, C. Guarner²

¹Unitat de Malalties Infeccioses. Servei de Medicina Interna, ²Servei de Patologia Digestiva. Fund. de Gest. Sanitaria de l' Hospital de la Sta. Creu i Sant Pau. Barcelona

Objectius. 1. Determinar la incidencia de bacteriemias periprocedimiento y endotipsitis en nuestro Hospital a lo largo de 11 años. 2. Conocer la presentación clínica y los microorganismos asociados más frecuentes. 3. Conocer el grado de adherencia a la profilaxis antibiótica implantada en septiembre de 2002 y su efecto sobre la incidencia de esta infección nosocomial.



XIII Barcelona

Material i Mètodes. Estudio observacional retrospectivo. Àmbito: hospital terciario de 620 camas en Barcelona. Período 1 de enero de 1998 a 31 de diciembre 2008. Se identificaron los pacientes sometidos a derivación portosistémica percutánea intrahepática (TIPs) a partir del registro informático del Hospital. Se revisaron los informes de alta, los resultados de Microbiología y en algunos casos la historia clínica. Definiciones: a) Período 1 (Enero 1998-Agosto de 2002) antes de instaurar la profilaxis antibiótica y período 2 (Septiembre 2002-Diciembre de 2008) después de hacerlo. b) Bacteriemia periprocedimiento: 1 o más hemocultivos positivos para el mismo germen en las 72h tras la implantación del TIPs y en el caso de *Staphylococcus coagulans* negativos 2 o más hemocultivos positivos con el mismo antibiotipo c) Endotipitis probadas: definidas según los criterios de DeSimone (Clin Infect Dis. 2000 Feb;30(2):384-6). d) Profilaxis correcta aquella administrada en los 90 min previos al procedimiento y realizada según el protocolo institucional aprobado en septiembre de 2002 (ceftriaxona 2 g y teicoplanina 400 mg o vancomicina 1g). Se compararon las diferencias en la incidencia entre los periodos mediante la prueba de Chi cuadrado

Resultats. Se realizaron 74 procedimientos en 66 pacientes, 39 en el período 1 y 35 en el 2. Se produjeron 5 casos de bacteriemias periprocedimiento en el período 1 y 1 caso en el 2, por tanto la incidencia en el período 1 fue de 12,8% y en el período 2 fue del 2.5 % ($p < 0.001$) La manifestación clínica más frecuente fue fiebre y ocasionalmente escalofríos. Los microorganismos causantes de las bacteriemias periprocedimiento fueron: *Staphylococcus aureus* meticilin-resistente, *Staphylococcus hominis*, *Streptococcus pneumoniae* y *Enterococcus* y un caso por un bacilo gramnegativo (*Enterobacter cloacae*). Sólo se detectó un caso de endotipitis probada y ocurrió en el período 1, en que no se realizaba profilaxis. En el período 2 se han implantado 35 TIPs, de los cuales se ha realizado profilaxis en 22, lo que supone una adherencia del 62%.

Discussió. - Los pacientes con cirrosis hepática están predispuestos a presentar infecciones bacterianas con más frecuencia y las intervenciones instrumentadas pueden aumentar este riesgo. A pesar de ello, tanto las bacteriemias periprocedimiento como las infección de TIPs son situaciones infrecuentes como se demuestra en esta serie. A pesar de que no existe evidencia en la literatura sobre la eficacia del profilaxis antibiótica en la colocación de TIPs, en nuestro centro se decidió iniciar tratamiento profiláctico desde septiembre de 2002. El presente estudio demuestra una disminución estadísticamente significativa de la incidencia de infecciones asociadas al procedimiento. - Las limitaciones fundamentales del estudio son: 1) es difícil descartar por completo la asociación de estas infecciones a catéteres venosos centrales, dada la alta frecuencia de su uso en estos pacientes y b) este estudio no permite conocer el coste-beneficio que tiene la profilaxis antibiótica en este procedimiento

Conclusions. - Existe una reducció estadísticamente significativa de la incidencia de bacteriemia periprocedimiento entre el período 1 (12,8%) y el período 2 (2.5 %), en aparente relació con la introducció de la profilaxis antibiótica. - La mayoría de los casos de la serie fueron producidos por cocos grampositivos al igual que en la mayoría de las series reportadas. - La tasa de adherencia media a la profilaxis antibiótica fue del 62%.

XIII Congrés de la Societat Catalano-Balear de Medicina Interna

A-16

BACTERIEMIAS POR ENTEROBACTERIAS MULTIRRESISTENTES PRODUCTORAS DE BETALACTAMASAS DE ESPECTRO EXTENDIDO. FACTORES ASOCIADOS Y TIPIFICACION DE LAS CEPAS

S. Iftimie¹, A. Almazan¹, A. López², F. Ballester³, I. Pujol³, A. Castro¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Enfermera del Grupo Control de Infecciones nosocomiales, ³Laboratorio de Microbiología. Hospital Universitari Sant Joan de Reus. Reus (Tarragona)

Objectius. Las bacteriemias por enterobacterias productoras de betalactamasas de espectro extendido (BLEE) suponen un problema emergente. Al implicar a gérmenes multirresistentes se añade la dificultad de su tratamiento antibiótico. Es importante identificar los pacientes de riesgo con el fin de establecer medidas preventivas e instaurar un tratamiento precoz. Nuestro objetivo es describir las características clínicas y los factores de riesgo asociados de los pacientes con bacteriemias por BLEE en un hospital general universitario de 300 camas que da cobertura a un área geográfica de 200.000 habitantes, siendo referencia en oncología para una población de 400.000 habitantes.

Material i Mètodes. Se realizó un estudio retrospectivo del periodo comprendido entre enero de 2006 y diciembre de 2008, se revisaron los datos microbiológicos y clínicos de pacientes con hemocultivos positivos para BLEE durante su estancia hospitalaria y se realizó la tipificación de las cepas.

Resultats. Se han encontrado un total de 23 casos de bacteriemia por enterobacterias BLEE positivas, de las que 19 (79%) correspondieron a E. Coli, 3 a Klebsiella pneumoniae y 1 caso a Citrobacter sp. Se observó un incremento de casos entre el 2006 (5 episodios) y el 2007/2008 (9 episodios cada año). Los factores de riesgo mas destacables fueron: neoplasia activa 52%, enfermedad renal crónica 17%, ingreso hospitalario en el ultimo mes 30%, infección urinaria previa 22% y un 35% de los pacientes habían recibido tratamiento antibiótico en los 2 meses previos. Destacamos que el 61% de los pacientes fueron portadores de sonda vesical y el 43% de los pacientes fueron sometidos a intervención quirúrgica. En un 34% de las bacteriemias el origen fue urinario. El 70% de las bacteriemias fueron nosocomiales y el 12% de los pacientes fueron exitus debido a su patologia de base. El resultado de la tipificación de BLEE objetiva que todas las cepas son CTX-M-14 o CTX-M-15 excepto una, que es SHV like; destaca que prevalecen las enzimas del grupo CTX, coincidiendo con otros estudios españoles.

Conclusions. En nuestro centro se observa un incremento en la incidencia de bacteriemias por enterobacterias BLEE en los últimos 3 años. Cabe destacar la alta proporción de episodios de bacteriemia nosocomial, superior al de las series descritas por otros autores. En los pacientes con bacteriemia que presenten los factores de riesgo descritos para la infección por enterobacterias BLEE, debería considerarse el uso de antibióticos activos frente a estos microorganismos (como los carbapenémicos) a la hora de iniciar un tratamiento empírico.



A-18

ESPONDILODISCITIS PIÒGENA EN ADULTS A L' HOSPITAL UNIVERSITARI JOAN XXIII

A. Ródenas¹, M. Roca¹, G. García², O. Portolà¹, N. Manresa¹, M. Ruiz¹, F. Vidal¹, C. Richart¹

¹Servei de Medicina Interna, ²Grup Control de la Infecció. Hospital Universitari de Tarragona Joan XXIII. Tarragona

Objectius. Descriure les característiques epidemiològiques, clíniques, microbiològiques i radiològiques d'una sèrie de casos diagnosticats d'espondilodiscitis piògena (EP) atesos al nostre centre.

Material i Mètodes. Es tracta d'un estudi retrospectiu des de 1990-1996 i prospectiu de 1996 a 2007 amb 54 casos diagnosticats d'espondilitis i/o discitis infeccioses i osteomielitis vertebral. S'excloueren el casos d'etiologia brucel·lar, tuberculosa i iatrogenica. S'analitzaren les variables sexe, edat, característiques radiològiques, temps de retard diagnòstic, antecedents patològics, existència de bacterièmia o infeccions prèvies, característiques radiològiques, dades de laboratori, nivell afectat, dades microbiològiques, tractament i evolució.

Resultats. Dels 54 casos analitzats un 63% foren homes amb una edat mitjana de 64 anys. Les formes de presentació foren diverses essent el símptoma més freqüent el dolor d'esquena (98'1%) i un 54,7% a més presentaven febre. El temps mitjà de clínica abans del diagnòstic fou de 37 dies. Un 44'4% no tenien factors de risc o malaltia de base i de la resta els més rellevants foren la Diabetes Mellitus (22%), MPOC (11%) i ADVP (5%). Un 13% havia presentat infecció prèvia del tracte urinari. La localització més freqüent fou la lumbar (50%) seguida de la dorsal (30%). El microorganisme més freqüentment aïllat fou l'*Staphylococcus aureus* (49%). Les proves d'imatge realitzades i la seva rentabilitat es resumeixen a la Taula 1. Entre les proves de diagnòstic etiològic es practicaren hemocultius en un 81,4% dels pacients essent positius en el 68% dels casos. Es realitza punció o biòpsia òssia en 23 casos (42%) amb creixement bacterià en el 69'5%. Referent al tractament un 80% dels pacients reberen tractament antibiòtic i la resta a més van requerir cirurgia. Un 61'1% dels pacients van presentar complicacions essent la més freqüent l'abscess de psoas. Pel que fa a la mortalitat destacar que 5 pacients foren exitus relacionats amb la EP en el context de sepsis i 3 pacients foren exitus degut a altres causes.

Discussió. La EP és una malaltia amb un important retard diagnòstic fet que pot provocar seqüeles importants. S'haurien d'augmentar els esforços en el diagnòstic precoç i aquest no s'hauria de basar en la radiologia simple, degut al baix rendiment d'aquesta. En un pacient amb clínica compatible, referint-nos a dolor de columna vertebral amb o sense febre, juntament amb elevació de reactants de fase aguda, s'hauria de realitzar una ressonància magnètica.

Conclusions. La meitat dels nostres pacients presentaven alguna malaltia de base o infecció prèvia. L'etiologia més freqüent fou l'S. Aureus essent els hemocultius el test de diagnòstic etiològic no invasiu més útil. Per últim destacar que la EP és una entitat amb baixa mortalitat però amb alta morbiditat sent el dolor crònic la seqüela més freqüent i que aquesta no es relaciona amb el tipus de tractament rebut.

XIII Congrés de la Societat Catalano-Balear de Medicina Interna

PROVES IMATGE (A-18)

	Realitzades (%)	Rendiment (%)
RX SIMPLE	91	26
TC	74	87
GAMMAGRAFÍA	65	83
RMN	78	100

Pacient Pluripatològic/ Edat Avançada (EA)

EA-02

EL PACIENTE PLURIPATOLÓGICO INGRESADO EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

M. Femenías¹, C. Arribas¹, I. Font², J. Tortell², J. Forteza-Rey¹

¹Servicio de Medicina Interna. Complejo Asistencial Son Dureta. Palma de Mallorca (Illes Balears)

²Servicio de Documentación y Codificación. Hospital Son Dureta. Palma de Mallorca (Illes Balears)

Objectius. Cada vez son más los pacientes que vemos en el ámbito hospitalario considerados como paciente pluripatológico (PPP). El objetivo de este estudio es analizar la prevalencia y las variables demográficas y de gestión clínica asociadas al PPP que ingresa en un hospital de tercer nivel.

Material i Mètodes. Se estudiaron 21.112 altas en nuestro hospital entre el 1 de enero y 31 de diciembre de 2008. Los datos de los pacientes se obtuvieron del servicio de codificación según CMBD. El análisis estadístico se realizó mediante el paquete estadístico SPSS V14.0. Consideramos PPP al que cumple los criterios propuestos por la Consejería de Sanidad de la Junta de Andalucía, (al menos 2 de las 7 categorías clínicas de enfermedades crónicas). Se analizaron las variables edad, sexo, área de ingreso, tipo de alta y estancia media según la condición de ser o no PPP(PNP).

Resultats. De los 21.112 pacientes ingresados en el hospital, 12.534 fueron varones y 8.578 mujeres. Del total de los pacientes que fueron dados de alta 4.314 cumplían criterios de PPP (20,4%). De los pacientes pluripatológicos el 41,3% además eran mayores de 75 años. En la tabla (1) vemos la distribución de los resultados con o sin pluripatología asociada. El 73,5% de los PPP habían sido dados de alta desde un área médica frente al 26,5% desde un área quirúrgica. El servicio con mayor porcentaje de PPP fue Medicina Interna (MI) con 44,5%. Cabe destacar que hay 2 servicios quirúrgicos cuya prevalencia de PPP se asemeja al de las áreas médicas, C. Cardíaca (39,6%) y C. Vascular (35,4%).

Discussió. Se observan diferencias en cuanto a que el PPP es de mayor edad y tiene una estancia media mayor. De todo los PPP, 7 de cada 10 son dados de alta de una área médica. En cuanto al destino el 15% de los PPP no van a domicilio por traslado a centros sociosanitarios o éxitus.



XIII Barcelona

Conclusions. La mayoría de los estudios sobre PPP están realizados en servicios de MI. Nuestro estudio abarca todo el hospital y vemos que la prevalencia es elevada no sólo en MI, sino también en el resto de especialidades médicas y algunas quirúrgicas.

Tabla-1 VARIABLES DEMOGRÁFICAS Y DE GESTIÓN EN PPP y PNP (EA-02)

	PPP	PNP
Prevalencias	20,40	79,60
Edad media	69,90	56,3
Varón	68,5	57,00
Mujer	31,5	43,00
Domicilio	86,50	91,10

EA-05

ESPONDILODISCITIS EN GENT GRAN

X. Pla, R. Comet, E. Oviedo, G. Martínez, M. Machado, J. Oristrell, A. Nogueras
Servei de Medicina Interna. Corporació Sanitària Parc Taulí. Sabadell (Barcelona)

Objectius. INTRODUCCIÓ: És sabut que l'espondilodiscitis és una entitat infecciosa aguda – subaguda sovint amb pocs símptomes i molt generals, provocant un retard diagnòstic. També és sabut que els pacients d'edat avançada i amb pluripatologia pateixen malalties infeccioses amb presentacions clíniques larvades amb predomini de símptomes negatius. Amb tot aquest contexte, l'entitat de l'espondilodiscitis es conforma com un repte diagnòstic en els pacients grans. **OBJECTIU:** Arrel de casos d'aquesta malaltia en gent gran diagnosticats en el nostre servei de M. Interna amb escassa sospita diagnòstica, volem revisar els casos d'espondilodiscitis en gent gran (>70a) i descriure'n les característiques.

Material i Mètodes. S'ha revisat tots els casos d'espondilodiscitis (no post-quirúrgica) al nostre servei de M. Interna els darrers 10a (1998-2008). S'ha fet revisió de les històries clíniques de forma retrospectiva i s'ha fet descripció de les característiques epidemiològiques, demogràfiques, de comorbiditat, clíniques, diagnòstiques, microbiològiques i evolutives. Anàlisi descriptiva estadístic mitjançant el paquet estadístic SPSS.

Resultats. N=16. Epidemiologia: Edat 79.5 (± 5.6). Homes 62.5% (10), HTA 50% (8), DM 37.5% (6), MPOC 12.5%(2). ICharlson 3.47 (± 2.2) i IBarthel 71.7 (± 37.7). Dades demogràfiques, clíniques i evolució: Dolor d'esquena 87.5% (14), malestar general 56.3% (9), febre 43.8%(7), astènia 43.8%, pèrdua de pes 25% (4). El 31% pacients van presentar bacterièmia (5). 25% (4) clínica neurològica. S'ha detectat associació significativa entre l'edat i la presentació de febre, astènia i presència de bacterièmia. I associació inversament

XIII Congrés de la Societat Catalano-Balear de Medicina Interna

proporcional entre edat i dolor d'esquena. Diagnòstic: Retard diagnòstic 46.3 (± 26.5) Els paràmetres de laboratori: PCR amb mitja 10.08 (± 9.8), VSG 79.8 (± 39.3), leucòcits 11637 (± 4375). Es va realitzar RMN de columna en el 100% dels casos, Gammagrafia òssia en el 81.3% (13) i Tomografia en el 56% (9). La localització de columna més freqüent fou la zona lumbar 75% (12) i la dorsal 43.8% (7). En quant a l'afectació per contigüitat, en un 31% es va detectar abscess epidural i muscular (5) i abscess de teixit tou en el 25% (4). Es va realitzar PAAF en el 62.5% (10). Microbiologia: M. Tuberculosi i E. Coli 18.8% (3) respectivament, S. Aureus 12.5% (2), i casos aïllats de Providencia stuarti, Prevotella oralis, S. Agalactiae, S. Pneumoniae, Salmonella enteritidis. En 3 (18,8%) pacients no es va poder identificar el microorganisme causal. Tractament: Van requerir drenatge percutani 19% (3) i cirurgia 37.5% (6). Tots els pacients van rebre tractament dirigit amb una mitja de durada d'antibioticoteràpia 107.5 dies (± 90). Excloent els casos de tuberculosi la mitja és de 70,1 dies ($\pm 47,2$). Pronòstic: Resolució 81.3% (13), en els 3 restants 1 es va cronificar, 1 va recaure i 1 va morir abans de finalitzar el tractament per causa no relacionada. Posteriorment van morir 5 (31.3%) pacients tots per causes no associades. El temps d'ingrés hospitalari al diagnòstic fou de 50.5 dies (± 21.2).

Discussió. Mostra amb predomini d'homes amb alta comorbiditat i dependència lleu. Presentació clínica típica. Gran retard diagnòstic (1.5m). Prova diagnòstica de referència RMN amb regió + afectada: dorso-lumbar. Percentatge important d'afectació per contigüitat. La microbiologia es correspon amb la literatura mèdica, protagonitzada per gèrmens habituals com M. Tuberculosi, E. Coli, S. Aureus. Es caracteritza per tenir una evolució benigna amb bona resposta al tractament (només 2 pacients van requerir desbridament per mala evolució), sense associar mortalitat per aquesta causa.

Conclusions. A la nostra mostra és força congruent amb les sèries publicades prèviament, sense detectar a priori en els pacients més vells, diferències significatives respecte a la població més jove. Encara que es poden matitzar algunes particularitats. Caldria fer un estudi comparatiu més acurat per detectar les particularitats d'aquesta infecció en la població més vella.

Insuficiència Cardíaca (IC)

IC-02

TRACTAMENT MÈDIC DE LA INSUFICIÈNCIA CARDÍACA SEGONS FUNCIO RENAL I FRACCIÓ D'EJECCIÓ

N. Vilanova Anducas¹, A. Armengou Arxé¹, G. Álvarez Martínez¹, J. Roure Fernández², L. García Garrido², A. Castro Guardiola¹, J. Uriel Cano¹, F. García-Bragado Dalmau¹

¹Servei de Medicina Interna, ²Servei de Cardiologia. Hospital Universitari de Girona Dr. Josep Trueta. Girona

Objectius. Conèixer el grau d'insuficiència renal (IR) en els pacients amb insuficiència cardíaca. Valorar les diferències en el tractament farmacològic segons la severitat de la IR i la fracció d'ejecció (FE).



XIII Barcelona

Material i Mètodes. Revisió retrospectiva de 158 pacients controlats, des del juny del 2006 al maig del 2008, en una unitat multidisciplinària d'insuficiència cardíaca. Pel càlcul de la funció renal hem utilitzat la fórmula MDRD. Segons el filtrat glomerular hem establert 3 grups: Insuficiència renal severa < 30 ml/min; Insuficiència renal moderada 30-60 ml/min; No insuficiència renal > 60 ml/min. Hem considerat fracció d'ejecció preservada (FEP) quan FE > 50% i fracció d'ejecció deprimida (FED) quan FE < 50%.

Resultats. La prevalença d'insuficiència renal és del 57'6%. En el grup de pacients amb FED la prevalença de IR és del 55%, mentre que en els pacients amb FEP és del 70%. Els tractaments per grup segons FE i FG es mostren en les taules 1 i 2.

Discussió. Observem una alta prevalença d'insuficiència renal, independentment de la fracció d'ejecció. La utilització de IECAs/ARAII és menor en els pacients amb disfunció renal severa i FED; els antialdosterònics són menys utilitzats en aquells pacients amb insuficiència renal, tant amb FED com amb FEP. Com a limitacions destaquem: pocs pacients amb FEP (n=30) i amb FG < 30 ml/min (n=15), que ens dificulta la comparació amb els altres grups.

Conclusions. El maneig terapèutic dels pacients amb insuficiència cardíaca i insuficiència renal és complex. Observem un percentatge menor d'ús dels fàrmacs que han demostrat beneficis en pacients amb insuficiència cardíaca sense insuficiència renal. És necessari la realització d'assaigs clínics en pacients amb IC i IR concomitant per tal de poder conèixer la millor estratègia terapèutica d'aquests nombrosos grups de pacients.

Taula 1. Tractament farmacològic en pacients amb IC i FED en funció del FG (IC-02)

FE<50% n=128	FG<30 ml/min (n=12)	FG: 31-60 ml/min (n=59)	FG>60 ml/min (n=57)	p
IECAs/ARA II	6 (50%)	45 (76%)	51 (89%)	0.007
Betablocadors	10 (83%)	45 (76%)	46 (80%)	NS
Diurètics	11 (92%)	56 (94%)	51 (89%)	NS
Antialdosterònics	0 (0%)	18 (30%)	34 (59%)	0.000
Vasodilatadors	7 (58%)	18 (30%)	10 (17%)	0.013
Digoxina	1 (8%)	18 (30%)	13 (22%)	NS

XIII Congrés de la Societat Catalano-Balear de Medicina Interna

Taula 2. Tractament farmacològic en pacients amb IC i FEP en funció del FG (IC-02)

FE>50% n=30	FG<30 ml/min (n=3)	FG: 31-60 ml/min (n=18)	FG>60 ml/min (n=9)	p
IECAs/ARA II	2 (66%)	15 (83%)	7 (77%)	NS
Betablocadors	2 (66%)	6 (33%)	4 (44%)	NS
Diurètics	3 (100%)	16 (88%)	8 (88%)	NS
Antialdosterònics	0 (0%)	1 (6%)	4 (44%)	0.027
Vasodilatadors	0 (0%)	4 (22%)	1 (11%)	NS
Digoxina	1 (33%)	6 (33%)	1 (11%)	NS

IC-03

HOSPITALITZACIÓ A DOMICILI (HAD): AVALUACIÓ DELS FACTORS PRONÒSTICS DE READMISSIÓ HOSPITALARIA EN PACIENTS ATEOS PER INSUFICIÈNCIA CARDIACA CRÒNICA (ICC) DESCOMPENSADA

J. Guillamont Salvador, M. Sopeña Vallejo, I. Bonilla Aguila, C. Dávila Lara, M. Gil Bermejo, P. Biada Canales, S. González Calviño, A. Salazar Soler

Servei de Hospitalització a Domicili Bellvitge Hospital. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona)

Objectius. Avaluació dels factors pronòstics, clínics i nutricionals, de llarga estada dels pacients amb ICC atesos per l'equip de HaD. Diferències entre Grup A: pacients que finalitzen episodi HaD amb alta mèdica; i Grup B: pacients readmesos a l'hospital degut a empitjorament clínic al domicili

Material i Mètodes. Estudi descriptiu del grup de pacients amb IC atesos en règim de HaD, procedents d'URG o d'altres precoces d'unitats d'un hospital terciari. Període Oct 2002 – Març 2009. Criteris principals: 1) residir a L'Hospitalet o a El Prat de Llobregat; 2) cuidador identificat; 3) telèfon de contacte; 4) criteris clínics segons protocol; i 5) consentiment informat acceptant HaD. Descripció de gènere, edat, Charlson, Classe funcional (CF) NYHA, Ecocardiografia (FEVE), i clínica de l'exacerbació. Paràmetres nutricionals: Hb (<12,5gr/L), albúmina (<3,5gr/dl), limfòcits (<1500/mm³), colesterol total en sang perifèrica (<150mg/dl) (pacients sense estatines). Readmissions a l'hospital durant l'episodi HaD, deguts a empitjorament clínic, inferiors a 15% es va considerar acceptable.

Resultats De 2974 episodis HaD, es van atendre 594 episodis de decompensació aguda d'IC, corresponent a 452 pacients (15.2%); 237 dones (52.4 %), amb 300 hospitalitzacions (50,5%), i 215 homes (47.6 %), amb 294 (49,5%). Mitjana d'edat: 77,8 ± 9,3a. Mitjana hospitalització: 10.4 dies. En aquest període, 74 pacients (16,6%) varen ser atesos com a mínim dues vegades. Malaltia de base: 1) HTA 345 (76,3%); 2) Valvulopatia 210 (46.5%); 3) Isquèmia miocàrdica 132 (29,2 %); I. Renal (CI Creat < 60ml/h): 130(28,7%);



XIII Barcelona

Diabetes 80 (17,7%). Destinació a l'alta: 491 (82,6%) a E. A. P o EAP/ATDOM, 15 exitus (CF-IV) (3,3 %) i 88 (14,8 %) readmissions a l'hospital per a continuar hospitalització convencional. Grup A (506): Classe Funcional NYHA (CF): II: 233 (46,4%); III: 247 (48,8%); IV: 27 (5,3%). Charlson: 3,1. Clínica: I. Cardíaca esquerra 225 (44,4%); ICC 117 (23,1%); IC amb broncoespasme 123 (24,3%); Intoxicació digital. Lica 26 (5,1%); angor 15 (2,9%). Laboratori: Hipoalbuminèmia ($< 3,5\text{gr/dl}$), 79 (15,6%); hipocolesterolèmia ($< 150\text{mg/dl}$), 49 (9,6%); anèmia ($\text{Hb}<12\text{gr/L}$), 77 (15,2%); limfocitopenia ($<1500/\text{mm}^3$), 48 (9,5 %). Grup B (88): Classe Funcional NYHA (CF): II: 31 (35,2%); III: 51 (57,9%); IV: 5 (5,7%). Charlson: 4,1. Clínica: I Cardíaca esquerra 34 (38,6%); ICC 19 (21,6%); IC amb broncoespasme 28 (31,8%); Intoxicació digital. Lica 4 (4,5%); angor 3 (3,4%). Laboratori: Hipoalbuminèmia ($< 3,5\text{gr/dl}$), 38 (43,2%); hipocolesterolèmia ($< 150\text{mg/dl}$), 9 (10,2%); anèmia ($\text{Hb}<12\text{gr/L}$), 14 (15,9%); limfocitopenia ($<1500/\text{mm}^3$), 9 (10,2 %).

Conclusions. 1. La presentació clínica de Insuficiència Cardíaca esquerra va ser més freqüent en el Grup A i associada amb broncoespasme va ser més freqüent en el grup B ($p<0,05$). 2. La hipoalbuminèmia va ser més prevalent en el grup B ($p<0,05$), sense diferències significatives quant als altres tres indicadors bioquímics. 3. La CF NYHA III va ser més prevalent al grup B amb més casos de miocardiopatia dilatada (FEVE $m=28,9\%$) ($p<0,05$). 4. La comorbiditat de Charlson va ser major en el grup B ($m = 4,2$) que en el grup A ($m=3,1$) ($p > 0,05$). 5. La major part d'episodis es van donar d'alta a E. A. P. i/o EAP-ATDOM i el % de readmissions va ser acceptable.

Inflamació/ Malalties Autoimmunitàries (IF)

IF-01

BIÒPSIA DE L'ARTÈRIA TEMPORAL EN EL DIAGNÒSTIC DE L'ARTERITIS DE HORTON. ESTUDI RESTROSPECTIU

G. Álvarez Martínez¹, A. Armengou Arxé¹, N. Vilanova Anducas¹, R. Agües Domenech², G. Barraza Jiménez³, F. García Bragado¹

¹Servei de Medicina Interna, ²Servei de Cirurgia Vascular, ³Servei de Anatomia Patològica. Hospital Universitari de Girona Dr. Josep Trueta. Girona

Objectius. Conèixer el rendiment de les biòpsies de l'artèria temporal (BAT) realitzades en el nostre centre i comparar les diferències clíniques i analítiques entre el grup de biòpsies positives i el de les negatives.

Material i Mètodes. Estudi retrospectiu de les BATs realitzades durant el període 2006-2008. S'han comparat diferents variables clíniques i analítiques en el moment del diagnòstic. Anàlisi estadístic mitjançant l'SPSS10.0.

Resultats. Durant el període revisat es van realitzar 43 BATs, essent positives 11 (26%). Les característiques dels dos grups es mostren a la taula annexa. No s'ha realitzat en cap cas una biòpsia contralateral o una segona biòpsia.

XIII Congrés de la Societat Catalano-Balear de Medicina Interna

Discussió. El grup amb BAT positiva tenen una major incidència de claudicació mandibular i una vsg i pcr més elevades. Tot i que el 17 pacients (53%) amb BAT negativa van continuar tractament amb corticosteroids alguns ho van fer per bona resposta inicial sense tenir la confirmació histològica. La longitud de la BAT ha estat inferior a la recomenada (20mm) en tots els casos el que podria explicar cert percentatge de falsos negatius de la nostra sèrie.

Conclusions. Un 26% de les BATs realitzades van resultar positives, percentatge similar a d'altres sèries estudiades. Les manifestacions clíniques que s'associen a la presència d'una BAT positiva són la claudicació mandibular i l'alteració en la palpació de polsos. L'arteritis de Horton és encara una malaltia amb reptes a l'hora de fer-ne diagnòstic.

Diferències clíniques i analítiques en funció del resultat de la biòpsia (IF-01)

	Biòpsia positiva n=11	Biòpsia negativa n=32	p
Edat	78 (68-88)	73 (41-88)	0.09
Dones	7 (63'6%)	19 (59'4%)	0.8
Cefalea	6 (54'5%)	12 (37'5%)	0.32
Claudicació mandibular	3 (27'3%)	1 (3'1%)	0.01
Polimiàlgia reumàtica	1 (9'1%)	6 (18'8%)	0.45
Sd. Constitucional	6 (54'5%)	12 (37'5%)	0.32
alteracions visuals	5 (45'5%)	17 (53'1%)	0.66
alteració palpació polsos temporals	8 (80%)	12 (41'4%)	0.06
Febre	4 (40%)	7 (21'9%)	0.55
Hb (g/dL)	10'9 (8.1-12.5)	11'7 (5.2-18.3)	0.23
vsg (mm1 ^a h)	104'9 (57-139)	83'1 (7-124)	0.02
pcr (mg/dL)	9'5 (0.5-27)	4'4 (0'3-11'2)	0.01
longitud biòpsia (mm)	10'6 (6-10)	8'8 (3-15)	0.21



IF-03

LA MESA BASCULANTE EN LA VALORACIÓN DE LA DISFUNCIÓN NEUROVEGETATIVA EN PACIENTES AFECTOS DEL SÍNDROME DE FATIGA CRÓNICA (SFC) SIN HISTORIA PREVIA DE SÍNCOPE

C. Alonso¹, J. Alegre², L. Aliste², A. García Quintana³, C. Javierre⁴, K. De Meirleir⁵, A. Moya¹, T. Fernández de Sevilla²

¹Unidad de Arritmias, ²Unidad del SFC. Hospital General Vall D'Hebron - Área General. Barcelona ³Unidad SFC. Centre Mèdic Delfos, S. A. Barcelona

⁴Unidad Fisiología. Universidad Barcelona. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona) ⁵Unidad SFC. Clínica Fatiga. Brusellas

Objectius. La sintomatologia neurovegetativa es altament invalidant en els pacients amb SFC i no disposem de importants elements de mesura, quantificació ni arsenal terapèutic. Proponem el estudi de la resposta neurovegetativa al adoptar la posició de ortostatisme a través del estudi de la mesa basculant, en el SFC sin història prèvia de síncope.

Material i Mètodes. Pacients amb SFC segons els criteris de Fukuda sin història prèvia de síncope. Se recullen dades de la clínica neurovegetativa, impacte de la fatiga (escala FIS), ansietat-depressió (escala HAD), qualitat de vida (SF-36), proves de estratificació de la capacitat física (consum màxim d'oxigen, càrrega i freqüència cardíaca màxima assolida i gast energètic), marcadors biològics (Rnasa L cocient, Rnasa L activitat, elastasa activitat i nivells d'òxid nítric). En la mesa basculant se valoren les següents variables (FC, TAS, TAD, TAMediana, volum sistòlic (VS), gast cardíac (GC) i resistències vasculars perifèriques (RVP), tres determinacions en posició supina separades en temps 5 minuts i 8 en posició ortostàtica cada 5 minuts

Resultats. 37 pacients SFC (4V, 33M), edat mitjana 48a, 65% inici de la clínica gradual, edat mitjana de inici 36 a, temps d'evolució en el diagnòstic 136 m. La sintomatologia neurovegetativa en el 90%. Escala FIS total 131,8, subescala física 35,6, subescala psicosocial 62,3, subescala cognitiva 40. SF-36 salut física total 25,7 i salut mental total 36,1. HAD: component d'ansietat i depressiu 11,3. Proves ergomètriques: %Consum màxim d'oxigen 57, càrrega i freqüència cardíaca màxima 67,1 i 115,6 i gast energètic 4,6. Marcadors biològics. Rnasa L cocient 0,54, Rnasa L activitat 16,9, elastasa activitat 198,3, òxid nítric 7,35. La mesa basculant va ser positiva en una pacient amb una resposta cardiovascular mixta, no es va constatar cap resposta cardiovascular asintomàtica del tipus intolerància al ortostatisme, taquicardia postural tardia i hipertensiva. Es van constatar diferències significatives en els paràmetres cardiovasculars analitzats entre la posició de supí i a les 5 minuts del ortostatisme, amb un patró caracteritzat per un augment important de les RVP, en menor grau de la TAS i amb escassa taquicardització, amb disminució del volum sistòlic i del gast cardíac. Una vegada estabilitzada la posició ortostàtica, no es van objectivar durant els 30 minuts següents variacions en els paràmetres cardiovasculars i persistint aquesta resposta predominantement simpàtica.

XIII Congrés de la Societat Catalano-Balear de Medicina Interna

Discussió. En el SFC es muy importante la estratificación de la severidad. En el estudio de la disfunción neurovegetativa, es importante disponer de elementos de medida tales como la mesa basculante y nos permite conocer el tipo de respuesta, que puede ser cardioinhibitoria que podría ocasionar los sincopes o con excesiva respuesta simpática noradrenérgica.

Conclusions. En los pacientes afectados de SFC con sintomatología neurovegetativa y sin historia de sincopes, la respuesta neurovegetativa al adoptar la posición ortostática, analizada a través de la practica de la mesa basculante, es de predominio simpático noradrenérgico. Beca FISPI050200.

IF-05

EVOLUCIÓ DE SD. NEFRÒTIC EN L'AMILOÏDOSI SECUNDÀRIA. PRESENTACIÓ DE 2 CASOS

G. Álvarez Martínez, N. Vilanova Anducas, A. Castro Guardiola, J. Uriel Cano, F. García Bragado
Servei de Medicina Interna. Hospital Universitari de Girona Dr. Josep Trueta. Girona

Objectius. Es comuniquen 2 casos, un amb remissió complerta i l'altre parcial, de sd. Nefròtic i insuficiència renal secundari a amiloïdosi AA en el si de malalties reumatològiques autoimmunitàries.

Material i Mètodes. Cas 1: Home de 48a diagnosticat als 20a d'espondilitis anquilopoiètica controlada amb AINES. Ingressa a nostre centre per anèmia, trombocitosi, insuficiència renal i proteinúria en rang nefròtic. Es realitza biòpsia renal que confirma el diagnòstic d'amiloïdosi renal AA. S'inicia tractament amb metotrexat al febrer'07 però la funció renal i la proteinúria continuen en augment pel que al maig'07 es substitueix el metotrexat per etanercept. Cas 2: Dona de 57a diagnosticada als 52a de sd. Overlap (dermatomiositis, artritis reumatoidea i signes d'esclerodèrmia). En un inici tractada amb metotrexat posteriorment havia rebut múltiples tractaments per mala evolució i manca de control de la malaltia (azatioprina, corticosteroides, cloroquina, Ig e. V i tacrolimus). En control analític es detecta proteinúria en rang nefròtic al maig'03. Es realitza biòpsia renal que confirma el diagnòstic d'amiloïdosi renal AA i es decideix canviar el tacrolimus per tractament de rescat amb metotrexat, azatioprina, hidroxiclороquina i corticosteroides.

Resultats. Veure resultats en taules annexes.

Discussió. Els dos casos presentats en el moment del diagnòstic d'amiloïdosi secundària presentaven proteinúria en rang nefròtic. En ambdós s'objectiva una estreta correlació entre l'activitat de la malaltia de base, la funció renal i la proteinúria. En el primer cas tot i no haver desaparegut la proteinúria en rang nefròtic si s'aprecia una important milloria així com estabilització de la funció renal, albúmina plasmàtica i nivells de pcr desde l'inici d'etanercept. En el segon cas si que apreciem una desaparició total de la proteinúria desde l'inici de la teràpia combinada.

Conclusions Davant d'una amiloïdosi AA és cabdal controlar l'activitat de la malaltia de base. Els nous fàrmacs disponibles ho permeten en moltes ocasions.



XIII Barcelona

Cas1. Evolució analítica (IF-05)

	Febrer'07	Març'07	Maig'07	Octubre'07	Febrer'08	Juliol'08	Mar'09
Proteinúria 24h (gr)	8.4	9	10.6	6.8	6.5	6.6	6.8
Creatinina pl (mg/dL)	2	2.8	7.2	3.7	3.1	3.1	3.2
Albumina pl (gr/dL)	2.4	2.3	2.1	3.4	3.9	3.6	3.6
pcr (mg/dL)	3.7	7.9	5	2.7	1.3	0.6	1.5

Cas2. Evolució analítica (IF-05)

	Maig'03	Juny'03	Setembre'03	Maig'04	Maig'05	Març'06	Gener'09
Proteinúria 24h (gr)	3.2	6	5.2	2.3	1.2	0.09	0.26
Cretinina pl (mg/dL)	0.8	1	1.3	1	1.1	0.9	0.8
Albúmina pl (gr/dL)	3	2.9	3.5	4.3	4.3	4	3.8
vsg	83	95	124	90	83	67	63

Risc Vascular (RV)

RV-03

RITMO CIRCADIANO DE LA PRESION ARTERIAL Y PREVALENCIA DE HIPERTENSION ARTERIAL EN EL SINDROME DE APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO

C. Chico¹, M. Adrián¹, J. Sobrino¹, B. Batalla¹, L. Casañas¹, J. Clavell¹, M. Cabezas¹, J. Bugés²

¹Unidad de HTA, ²Unidad de Neumología. Hospital de l'Esperit Sant. Santa Coloma de Gramenet (Barcelona)

Objectius. Es bien conocido que tanto la hipertensión arterial (HTA) como el síndrome de apnea obstructiva del sueño (SAOS) son patologías con prevalencia ascendente a medida que envejece la población, asociadas ambas a un mayor riesgo de morbilidad cardiovascular. Comparar la prevalencia de HTA clínica y/o por MAPA y su ritmo circadiano de PA en una cohorte de pacientes roncadores sin HTA conocida previamente en función del diagnóstico de SAOS.

Resultats. La prevalencia de SAOS fue de un 54,6%. Tanto los valores de PA clínica como los obtenidos por MAPA fueron superiores en los pacientes con SAOS frente los sujetos roncadores sin SAOS: PAS clínica $137,29 \pm 14,82$ vs $131,73 \pm 14,95$ mmHg, $p=0,003$; PAD clínica $83,49 \pm 9,07$ vs $80,3 \pm 8,69$ mmHg, $p=0,004$; PAS MAPA diurna $128,27 \pm 12,01$ vs $124,44 \pm 10,46$ mmHg, $p=0,007$; PAD MAPA diurno $81,43 \pm 7,56$ vs

XIII Congrés de la Societat Catalano-Balear de Medicina Interna

78,65 ± 7,6 mmHg, $p=0,003$; y PAS MAPA nocturna 115,68 ± 12,82 vs 109,55 ± 11,91 mmHg, $p<0,001$; PAD MAPA nocturna 70,05 ± 8,45 vs 66,02 ± 7,86 mmHg, $p<0,001$. La prevalencia de HTA tanto clínica como por MAPA fue superior en el grupo de SAOS que en los roncadores no SAOS: clínica 44,8% vs 30,3%, $p=0,016$, MAPA 24 h 44,8% vs 25,2% $p=0,001$, MAPA diurno 39,2% vs 26,1% $p=0,025$ y sobretodo en el MAPA nocturno 58,7% vs 35,7% $p<0,001$. También la prevalencia de patrón no dipper fue superior en el grupo SAOS 56,6% vs 40,8% $p=0,012$ así como el índice PAS noche/PAS día $0,90 \pm 0,06$ vs $0,88 \pm 0,06$, $p=0,008$.

Conclusions. Tanto los valores de PA como la prevalencia de HTA, independientemente de la metodología utilizada, son superiores en los pacientes con diagnóstico de SAOS a los observados en los sujetos con únicamente datos clínicos sugestivos de dicha patología. Así mismo presentan más frecuentemente un patrón circadiano de la presión arterial alterado.

RV-05

INFRADIAGNOSTICO DE LA OBESIDAD EN LOS HOSPITALES DE AGUDOS

M. Villalonga, L. Gil, C. Nadal, C. Arribas, J. Forteza-Rey

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

Objectius. Conocer mediante el CMBD de los informes de alta en un Hospital de Agudos de tercer nivel si queda reflejado el diagnóstico de obesidad como principal (motivo de ingreso) o como secundario (comorbilidad).

Material i Mètodes. Se analizaron 21.112 altas codificadas mediante CMBD correspondientes a un Hospital terciario y de referencia correspondientes al año 2008. Se utilizó el programa estadístico SPSS V.14 y se identificaron en el diagnóstico principal o cualquiera de los 12 secundarios los códigos CIE-9-MC 278.01 (obesidad morbida) o 278.0 (obesidad sin especificar). Al mismo tiempo se comparó si estaba reflejado el tabaquismo como diagnóstico comorbido.

Resultats. De las 21112 altas 12534 (59.4%) eran hombres y 8578 (40.6%) eran mujeres. En tan solo en 727 informes de alta un 3.4% se hizo constar el diagnóstico de obesidad. El servicio en el que más se hizo constar fue el de Cirugía cardíaca en un 8.3% seguido por Neumología en un 8.0%, Cardiología 6.8%, Traumatología 6.2%. En Medicina Interna respecto a un total de 2374 altas tan solo en 91 pacientes (3.8%) se hizo constar el diagnóstico. Respecto a los diagnósticos más frecuentes que acompañan al de obesidad figura la cardiopatía isquémica en un 7%, la insuficiencia cardíaca en un 6.3%, la bronquitis crónica en un 4.7% y tan sólo un 0.6% en las apneas del sueño. El código 305.1 (tabaquismo) está presente en alguno de los diagnósticos secundarios (hasta en 13 campos) en un 14% (2956 de las altas)

Discussió. La obesidad y el sobrepeso han alcanzado proporciones epidémicas en los países desarrollados. En España según los datos de la encuesta nacional de salud del 2001 realizada en individuos mayores de 16 años un 12.8% presentaban obesidad ($IMC>30$) distribuido 11.9% varones y 13.6% en mujeres, cifras que van en aumento según la edad de manera exponencial, llegando a un 31.5% en varones y del 40.8%



XIII Barcelona

en mujeres mayores de 60 años. El exceso de peso está asociado con un incremento significativo del riesgo de padecer insuficiencia cardiaca, enfermedad coronaria así como enfermedades neumológicas. Mostrándose que el sobrepeso (IMC>25) es el factor al que cabe atribuir un mayor impacto poblacional seguido del tabaquismo. Es indudable que el sobrepeso y la obesidad son altamente prevalentes en la población española y están aumentando, lo que requiere una actuación clínica y de Salud Pública mucho más decididas. Teniendo en cuenta lo expuesto anteriormente llama poderosamente la atención que en servicios diana como cardiología, neumología y medicina interna se objetiva un claro infradiagnóstico porcentualmente significativo de la Obesidad sabiendo que la prevalencia incluso en población sana es mayor que la expresada en los diagnósticos de los informes de alta. Lo mismo ocurre si analizamos separadamente los diagnósticos al alta como cardiopatía isquémica, insuficiencia cardiaca, bronquitis crónica entre los que el diagnóstico conjunto de obesidad no alcanza un 7% cuando según la literatura esto ocurre en más de un 50%. Quizá ha llegado la hora de aunar esfuerzos en formación dado que los diagnósticos al alta no reflejan adecuadamente la situación epidemiológica real y si no somos capaces de diagnosticar la entidad difícilmente podremos actuar sobre ella de forma adecuada.

Conclusions. Este póster pone de manifiesto el infradiagnóstico de la obesidad en pacientes ingresados en un hospital de agudos con enfermedades al alta claramente relacionadas con la obesidad como son las enfermedades cardiovasculares, tal vez porque aún no somos conscientes que el hecho de presentar una IMC superior a 30 es una enfermedad al igual que la HTA, la diabetes mellitus o las dislipemias.

Tromboembolisme (T)

T-01

PERFIL DEL PACIENT QUE PRECISA REINGRÉS PRECOÇ POST-TROMBOEMBOLISME PULMONAR

R. Salas¹, N. Parra², E. Merino¹, R. Coll³, J. Delás¹, C. Fornós¹, M. Sanjaume¹, F. Fernández¹

¹Servei de Medicina Interna, ³Servei de Urgències. Hospital Universitari Sagrat Cor. Barcelona

²Unitat de Recerca. Sant Joan de Déu-Serveis de Salut Mental. Sant Boi de Llobregat (Barcelona)

Objectius. Els factors de risc associats a mortalitat després d'haver patit un tromboembolisme pulmonar (TEP) es troben ben identificats. No és el cas dels factors que condicionen el reingrés posterior a un episodi de TEP. Pretenem descriure el perfil del pacient que després de presentar un episodi de TEP, precisa reingrés hospitalari en el decurs dels següents 30 dies d'haver estat donat d'alta.

Material i Mètodes. Estudi prospectiu de casos i controls realitzat amb 75 pacients diagnosticats de TEP, de forma seqüencial entre el mes de Desembre de 2004 i Febrer de 2009 a un Hospital Universitari. Es va considerar com a casos els pacients que van requerir hospitalització en el decurs dels següents 30 dies d'haver estat donats d'alta (5 pacients) i controls, la resta. De tots ells es van recollir variables socio-demogràfiques i clíniques, dades relatives a l'exploració física, proves de laboratori i d'imatge corresponents

XIII Congrés de la Societat Catalano-Balear de Medicina Interna

al primer ingrés i també dels qui van precisar el reingrés. Es va prestar especial atenció als diagnòstics i les característiques que van motivar el reingrés. Es va realitzar una anàlisi d'estadística descriptiva i inferencial bivariada entre casos i controls. Les dades es van processar mitjançant el paquet estadístic SPSS 15.0.

Resultats. Els 5 (6,7%) pacients que van precisar reingrés tenien una mitjana d'edat de 77,8 (DE=8,6) anys i el 80,0% era dona. Els 70 controls tenien una mitjana d'edat de 76,2 (DE=12,3) anys i el 66,2% també era dona. Durant el primer ingrés no es van observar diferències estadísticament significatives a cap de les variables analitzades entre els dos grups. Tot i així, els pacients que van precisar ingrés presentaven malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC) en major proporció que els controls (40,0% vs 21,1%), insuficiència respiratòria més greu [pO₂ mitjana= 50,6 (DE=28,4) mmHg vs 56,0 (DE=37,2) mmHg], més comorbiditat [2,0 comorbiditats per pacient (DE=0,7) vs 1,6 (DE=1,3)] i una estança mitjana més curta [11,4 (DE=8,2) dies vs 35,7 (DE=10,3)]. Els temps mitjà transcorregut fins al reingrés va ser de 27,3 (DE=5,5) dies i atenent als diagnòstics principals a l'alta, aquest va estar motivat per malalties infeccioses en el 60,0% dels casos. L'estança hospitalària mitjana d'aquest segon episodi va ser de 25,7 (DE=69,1) dies.

Discussió. Segons la nostra experiència, la taxa de reingrés precoç post-TEP és inferior al 10%. Els estudis més recents informen d'una taxa de reingressos propera al 15%. El reduït volum de la nostra sèrie limita la potència de l'estudi alhora que dificulta l'estimació real de la proporció de reingressos i obliga a interpretar de manera cautelosa els resultats. No obstant i així, tot i no haver obtingut significació estadística a cap de les variables estudiades d'ambdós grups, el perfil del malalt que precisa reingressar és clínicament rellevant: el TEP associat a MPOC i a major nombre de comorbiditats per pacient, que cursa amb insuficiència respiratòria més greu i l'estança mitjana del qual durant el primer episodi d'hospitalització és més curta, configura un patró de risc pel reingrés. El perfil descrit s'adiu a pacients amb susceptibilitat pneumològica, teòricament més greus (tot i que no s'ha resumit l'impacte de la gravetat derivada de la malaltia aguda amb cap índex pronòstic) i que són donats d'alta en períodes de temps inferior, probablement en condicions subòptimes de recuperació funcional. Per últim, el fet que la causa més freqüent del reingrés sigui motivada per malaltia infecciosa podria fer pensar que els estats trombogènics recents confereixen una major susceptibilitat a les infeccions.

Conclusions. El perfil clínicament rellevant, tot i que no estadísticament, del pacient que després d'un primer episodi de TEP reingressa en els 30 dies següents d'haver estat donat d'alta correspon al del pacient MPOC amb comorbiditat associada, insuficiència respiratòria important i una primera estada hospitalària curta. Quan reingressa, principalment ho fa condicionat per malaltia infecciosa.

T-02

ESCALA DE WELLS SIMPLIFICADA PEL DIAGNÒSTIC DE TROMBOEMBOLISME PULMONAR: ÚTIL A LA POBLACIÓ D'EDAT AVANÇADA?

N. Parra¹, E. Merino², R. Salas², R. Coll³, J. Delás², C. Fornós², M. Sanjaume², F. Fernández²

¹Unitat de Recerca. Sant Joan de Déu-Serveis de Salut Mental. Sant Boi de Llobregat (Barcelona)

²Servei de Medicina Interna, ³Servei de Urgències. Hospital Universitari Sagrat Cor. Barcelona



XIII Barcelona

Objectius. Analitzar la validesa de l'escala de probabilitat clínica de Wells simplificada per al diagnòstic de TEP a població d'edat avançada.

Material i Mètodes. Estudi prospectiu de casos i controls realitzat sobre 140 pacients amb edat superior als 65 anys amb sospita clínica de TEP, qui van consultar al Servei d'Urgències d'un Hospital Universitari. Per a tots ells es va calcular la probabilitat clínica de patir TEP mitjançant l'escala de Wells original i simplificada. Es van considerar com a casos (71 pacients) aquells en qui es va confirmar el diagnòstic de TEP mitjançant gammagrafia pulmonar de ventilació-perfusió o àngioTAC pulmonar. Per a cada escala es va calcular la seva corba receiver operating characteristic (ROC). El grau d'acord entre ambdues escales es va establir amb l'índex Kappa i la seva validesa interna relativa, mitjançant la comparació de les àrees sota la corba (AUC). Amb la intenció d'incrementar la seguretat de l'exclusió de la sospita diagnòstica de TEP, es va establir un algorisme basat a les escales de Wells i dímer-D. Es van calcular els paràmetres de validesa interna per al algorisme.

Resultats. La prevalença de TEP entre els 140 pacients amb sospita clínica de TEP [edat mitjana=76,9 anys (DE=11,7), 63,3% dones] fou de 50,7%. Entre els 71 pacients en qui es va confirmar el diagnòstic, només 32 havien estat classificats com a d'alta probabilitat de TEP per l'escala de Wells original i 21, per la simplificada. Entre els 69 controls, 57 es van classificar correctament en baixa probabilitat de TEP amb l'escala de Wells original i 54, en el cas de la simplificada. L'índex d'acord Kappa entre ambdues escales fou de 0,4 (IC 95% 0,2 – 0,6). L'AUC de l'escala de Wells original fou de 0,7 (IC95% 0,6-0,7) i el de la puntuació simplificada, de 0,6 (IC95% 0,5 -0,7). Entre els casos, només el 46,5% presentà dímer-D en el rang de la normalitat (<500 ng/dL). La proporció de pacients en qui s'hagués pogut descartar TEP atenent a la seva classificació com a baixa probabilitat i valors normals de dímer-D no assolí l'esperat 100% amb cap de les dues escales: en el cas de l'escala de Wells original, l'algorisme classificava correctament només el 65,2% (IC95% 50,7-79,6) dels pacients sense TEP; en el cas de l'escala simplificada, l'algorisme disminuïa aquesta proporció al 60,5% (IC 95% 45,5-75,4).

Discussió. El grau d'acord entre les dues escales és moderat. El major pes relatiu que l'escala de Wells original atorga al valor en què el clínic és capaç d'establir la seva sospita de TEP com a primera possibilitat diagnòstica, probablement expliqui la incapacitat d'aconseguir un acord més gran entre ambdues escales. Aquest fet també podria justificar el motiu pel qual l'escala de Wells original ofereix una àrea sota la corba més gran. Tot i així, les diferències a favor d'una major bondat del Wells original no són estadísticament significatives. En qualsevol cas, cap de les escales, tot i fer-se servir en combinació amb els resultats del dímer-D, és el suficientment segura per tal d'excloure al 100% el diagnòstic de TEP: de 100 pacients en qui la prova d'imatge diagnòstica exclou TEP, la presència de baixa probabilitat clínica a qualsevol de les dues escales i uns valors de dímer-D normals només permetria excloure el diagnòstic en 60-65 pacients. L'edat avançada de la mostra, reforçada per un alt grau de comorbiditat, contribuiria a la inespecificitat de la simptomatologia i a reduir la capacitat predictiva negativa del dímer-D. L'ajustament dels punts de tall per a la categorització de la probabilitat a les escales atenent a variables socio-demogràfiques i premòrbides milloraria la rentabilitat de l'algorisme.

XIII Congrés de la Societat Catalano-Balear de Medicina Interna

Conclusions. No s'aprecien diferències estadísticament significatives entre l'escala de Wells original i el seu model simplificat. No obstant, tot i fer servir aquestes escales en combinació amb el resultat del dímer-D, són insuficients per a excloure el diagnòstic amb seguretat a la població d'edat avançada.

T-04

ADEQUACIÓ DE LA PROFILAXI ANTITROMBÒTICA EN PACIENTS AMB PATOLOGIA MÈDICA INGRESSATS DES D'URGÈNCIES

F. Muñoz Rodríguez¹, X. López Altimiras², J. Gutiérrez Zubiaurre², R. Martín Horcajo², J. Lamora Alfaro²

¹Servei de Medicina Interna, ²Servei d'Urgències. Fundació Privada Hospital de Mollet. Mollet del Vallès (Barcelona)

Objectius. Conèixer el grau de tromboprofilaxi prescrita des d'urgències als pacients amb patologia mèdica que ingressen en el nostre centre. Avaluar el grau d'adequació d'aquesta tromboprofilaxi amb les recomanacions de la guia PRETEMED. Analitzar les variables associades amb una major prescripció d'heparina de baix pes molecular (HBPM).

Material i Mètodes. Es van revisar de manera retrospectiva les històries clíniques de tots els pacients mèdics ingressats des d'Urgències durant els mesos de gener i juny de 2008. Es va puntuar el risc dels pacients segons la Guia PRETEMED i es va considerar que eren tributaris de profilaxi amb HBPM els pacients amb una puntuació de 4 o superior. Es van analitzar les variables associades amb una major prescripció de la profilaxi per part del personal mèdic i el grau de concordança amb la guia PRETEMED.

Resultats. Es van estudiar 297 pacients (52% homes) amb una edat mitja de 71 (extrems 20-96) anys. No es va prescriure cap tractament amb funció tromboprolàctica a 117 (39%) pacients. Un 46% va rebre enoxaparina a dosis profilàctiques (91% amb una dosi de 40mg/dia). Un 5% va rebre enoxaparina a dosis terapèutiques d'acord amb la patologia d'ingrés, generalment una síndrome coronària aguda. El 10% restant estava prenent dicumarínics abans del seu ingrés i es van mantenir. Per estudiar l'adequació de la tromboprofilaxi es va decidir excloure als pacients que prenen dicumarínics. Segons la guia PRETEMED el 43% dels nostres pacients eren tributaris de tromboprofilaxi amb HBPM. El 72% la va rebre de forma adequada front a un 45% que la va rebre de forma inadequada ($p < 0,0001$), per tenir una puntuació inferior a 4. Se va observar una adequació a les directrius de la guia PRETEMED en el 62% dels pacients amb un índex de concordança Kappa de 0,26 ($p < 0,0001$). Les variables associades significativament amb una major tromboprofilaxi en el nostre estudi varen ser la MPOC descompensada (70% vs 53%; $p = 0,021$; OR 2,08 IC 95% 1,1-3,9), la cardiopatia isquèmica (72% vs 53% $p = 0,022$; OR 2,2 IC95% 1,1-4,4), i l'edat superior a 60 anys (63% vs 34% $p < 0,0001$; OR 3,3 IC 95% 1,8-6,1). Després d'ajustar les variables a la necessitat de profilaxi segons la Guia PRETEMED sols l'edat va mantenir la seva significació estadística. L'edat entre els pacients que van rebre profilaxi va ser significativament superior (75 vs 65 anys; $< 0,0001$).

Discussió. En pacients que ingressen per patologia mèdica la incidència de patir un episodi de malaltia



XIII Barcelona

tromboembòlica venosa (MTV) sense profilaxi és variable en funció dels diferents factors de risc, però globalment se situa entre el 10 i 20%. Diferents estudis han establert que una adequada profilaxi en aquests pacients comporta reduccions significatives del risc de MTV durant l'ingrés hospitalari. Malgrat totes les evidències a favor de una adequada tromboprofilaxi en pacients mèdics, aquesta està infrautilitzada. En el nostre estudi observem que el 57% dels nostres pacients van rebre HBPM i que un 72% la va rebre de forma adequada segons la guia PRETEMED. A més el grau de adequació a la guia va ser del 62%. Creiem que aquestes dades, sense ser òptimes, son superiors a d'altres publicades fins l'actualitat en el nostre país, malgrat que el percentatge de pacients amb profilaxi prescrita sense necessitat va ser relativament alt. La variable que pot justificar aquesta excessiva profilaxi en els pacients sense indicació clara va ser l'edat superior a 60 anys.

Conclusions. Observem un grau de tromboprofilaxi en pacients ingressats per patologies mèdiques superior a d'altres estudis amb una relativament bona adequació a les recomanacions de la guia PRETEMED, malgrat que no és òptima. Constatem un percentatge de pacients amb profilaxi prescrita sense necessitat relativament alt. La variable responsable d'aquesta excessiva tromboprofilaxi va ser l'edat superior als 60 anys. La dosi òptima de enoxaparina recomanada en pacients mèdics es va prescriure en la majoria dels nostres pacients.

T-05

ESTACIONALITAT A LA INCIDÈNCIA, SOSPITA CLÍNICA I MORTALITAT DE TROMBOEMBOLISME PULMONAR

J. Delás¹, N. Parra², E. Merino¹, R. Salas¹, R. Coll³, C. Fornós¹, M. Sanjaume¹, F. Fernández¹

¹Servei de Medicina Interna, ³Servei de Urgències. Hospital Universitari Sagrat Cor. Barcelona

²Unitat de Recerca. Sant Joan de Déu-Serveis de Salut Mental. Sant Boi de Llobregat (Barcelona)

Objectius. Descriure el patró estacional associat a la incidència de tromboembolisme pulmonar (TEP), al grau de sospita clínica i a la seva mortalitat i analitzar els factors clínics relacionats amb el patró estacional.

Material i Mètodes. Sèrie de casos amb 145 pacients atesos en un Hospital Universitari de Barcelona ciutat, amb sospita clínica de TEP. Els pacients s'inclogueren de manera seqüencial des de Desembre de 2004 fins a Febrer de 2009. Es recolliren dades socio-demogràfiques, clíniques, proves de laboratori i d'imatge. La sospita clínica de TEP es confirmà mitjançant gammagrafia pulmonar de ventilació-perfusió o àngioTAC pulmonar. Es prestà atenció al mes de l'any quan es realitzà la visita. Es realitzà una anàlisi d'estadística descriptiva.

Resultats. Entre els 145 pacients amb sospita clínica de TEP [edat mitjana=77,2 anys (DE=11,6), 64,8% dona, 2,4 comorbiditats per pacient (DE=1,4)] el diagnòstic definitiu de TEP s'establí en 76 pacients (52,4%) [edat mitjana=76,2 (DE=12,0), 54,3% dona, 2,3 comorbiditats per pacient (DE=1,5)]. D'aquests, 6 (8,6%) van morir durant el ingrés. La incidència estacional de TEP ponderada pel nombre de consultes mensuals amb sospita clínica fou significativament superior en els mesos de tardor [OR=5,8 (IC 95% 2,1 – 15,7); p<0,001]

XIII Congrés de la Societat Catalano-Balear de Medicina Interna

i en els d'hivern [OR=3,6 (IC 95% 1,4 – 9,5); p=0,009] que a l'estiu. Entre els pacients amb TEP confirmat, el pic màxim de mortalitat ponderada es produí en dues fases: a inicis de la primavera (3,9%) i de la tardor (el 3,9% fou exitus a octubre). La distribució de la mitjana ponderada de comorbiditats per pacient en funció de l'estació mostra que els pacients visitats a la tardor presentaren major comorbiditat [mitjana de la sèrie global=2,9 (DE=0,3), mitjana dels casos de TEP=2,7 (DE=1,2)]. Entre el total de pacients amb diagnòstic confirmat, la sospita clínica de TEP com a primera possibilitat diagnòstica s'establí en el 65,8% dels casos. En el conjunt dels casos de la sèrie, el grau d'acord entre la sospita clínic inicial i la seva correspondència amb el diagnòstic final disminuï durant els mesos de Març, Novembre i Desembre (l'acord es produí només en un 20,0%, 14,3% i 30,0% respectivament).

Discussió. Els nostres resultats coincideixen amb la majoria de les dades publicades a la bibliografia, a favor d'una major incidència de TEP durant els mesos freds. Obtenim una distribució bimodal, amb un primer pic al inici de la tardor i un altre al inici de l'hivern. És aquí on s'acumula la mitjana més alta de comorbiditats per cadascun dels pacients que consulten. Això, associat a la hipòtesi defensada en alguns estudis sobre la tendència a la hiperprotrombinèmia en presència de baixa pressió atmosfèrica podria justificar la nostra corba d'incidència de TEP. Pel que fa a la distribució de la mortalitat per TEP, esperàriem que aquesta fos paral·lela a la de la seva incidència. En el nostre cas, el pic màxim de mortalitat s'esdevé també en mesos freds, però avançat un mes al de la seva incidència. L'explicació a aquest fenomen es relacionaria, més encara que amb la presència de casos amb més comorbiditat, amb la disminució del grau de sospita clínica: quan la diferència entre casos amb diagnòstic confirmat i casos inicialment sospitats augmenta, observem un rebrot a la mortalitat. Molt probablement, el retard diagnòstic associat a la infraspita empitjora el pronòstic d'aquests pacients. Atenent les dades de la nostra sèrie, observem que la dissociació de la sospita clínica inicial i el diagnòstic final és especialment acusat a dates properes als períodes de Setmana Santa i Nadal, quan la rotació en els equips de guàrdia de professionals no assidus al Servei d'Urgències és més elevada. La baixa incidència de TEP al mesos d'estiu no permet extreure conclusions sobre el pes de la sospita clínica a la mortalitat durant períodes de vacances més llargs.

Conclusions. La incidència de TEP és entre quatre i sis vegades més freqüent als mesos freds que a la resta. La mortalitat per TEP és també freqüent en aquestes dates. La presència de casos amb més comorbiditat durant aquests períodes associada a una disminució a la sospita clínica de TEP podria explicar aquestes evidències.

T-06

DIAGNÒSTIC ALTERNATIU A URGÈNCIES DEL TROMBOEMBOLISME PULMONAR EN UN HOSPITAL UNIVERSITARI DE TERCER NIVELL

S. Gómez-Zorrila¹, D. Leiva², S. Jordán¹, M. Fanlo¹, M. Fernández¹, L. Iglesias³, A. Riera-Mestre¹, R. Pujol¹

¹Servei de Medicina Interna, ²Servei de Radiologia, ³Servei de Urgències.

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



XIII Barcelona

Objectius. Conèixer les característiques dels pacients atesos a Urgències amb sospita de Tromboembolisme Pulmonar (TEP) i el seu diagnòstic alternatiu.

Material i Mètodes. Estudi retrospectiu amb inclusió de tots els pacients atesos a Urgències als que se'ls hi va practicar una Tomografia Computeritzada (TC) helicoïdal per sospita de TEP durant l'any 2007, en un hospital universitari de tercer nivell. Es varen recollir dades demogràfiques, clíniques, epidemiològiques, categorització de la sospita clínica de TEP mitjançant les Escales de Wells (EW) i de Geneva (EG) i exploracions complementàries. Es va analitzar el resultat de la TC a Urgències, amb un seguiment de tots els pacients durant un any.

Resultats. Durant l'any 2007 es varen realitzar 693 TC urgents, dels quals 265 foren per la sospita de TEP. Les TC realitzades des d'Urgències varen ser 206, 170 de les quals varen ésser ateses inicialment a Urgències del nostre centre, diagnosticant-se 60 (35%) pacients de TEP. L'edat mitja global va ésser de 65 (25-96) anys i el 51% eren de gènere femení. El 32.5% tenien l'antecedent de neoplàsia activa, el 8% havien estat intervinguts en el darrer mes i el 14% tenien l'antecedent de Malaltia Tromboembòlica Venosa (MTV) prèvia. La mitja de la pressió de O₂ i CO₂, i D-dímer va ésser de 63 mmHg, 36 mmHg i 2330 ug/L, respectivament. Varen requerir ingrés hospitalari el 78% de la mostra global. La mitja de les EW i de EG va resultar 3.5 i 5 punts, respectivament. Els diagnòstics alternatius més freqüents foren, per ordre: neoplàsia (26%), infecció pulmonar (20.5%), insuficiència cardíaca (17%) i MPOC aguditzada (15%). Tan sols un pacient sense diagnòstic inicial de TEP, va presentar-lo durant l'any de seguiment (en 9% dels pacients no es va poder completar el seguiment). La intervenció quirúrgica recent, el haver sofert una MTV prèvia i valors elevats en la EW, EG i D-dímer, es varen associar amb el diagnòstic a Urgències de TEP ($p < 0.05$). La mortalitat global durant el seguiment va ésser del 35%, resultant les principals causes la neoplàsia ($p < 0.05$), la infecció pulmonar i el TEP.

Conclusions. El percentatge diagnòstic de TEP mitjançant la TC helicoïdal en els pacients atesos a Urgències amb sospita d'aquesta malaltia, és infraòptim degut a un abús en la seva utilització. Els diagnòstics alternatius al TEP en aquests pacients foren la malaltia neoplàsica, infecció pulmonar, insuficiència cardíaca i MPOC aguditzada. La intervenció quirúrgica recent, l'antecedent de MTV i valors elevats en les Escales de Wells i Geneva, així com del D-dímer, es varen associar amb presentar un TEP.

T-07

CARACTERÍSTIQUES CLÍNiques DELS PACIENTS ATEsos EN UNA CONSULTA ESPECÍFICA DE MALALTIA TROMBOEMBÒLICA VENOSA

X. Solanich¹, A. Simonetti¹, S. Gómez-Zorrilla¹, A. Roset¹, E. Pina², A. Romera³, A. Riera-Mestre¹, R. Pujol¹

¹Servei de Medicina Interna, ²Servei de Hemostàsia, ³Servei de Cirurgia Vascular.

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

XIII Congrés de la Societat Catalano-Balear de Medicina Interna

Objectius. Descriure les característiques clíniques, els factors de risc i l'evolució dels pacients atesos en una consulta específica de Medicina Interna de Malaltia Tromboembòlica Venosa (MTV) en un hospital universitari de tercer nivell.

Material i Mètodes. Estudi prospectiu amb inclusió de tots els pacients atesos en una consulta específica de MTV, durant un període de 18 mesos (de novembre del 2007 al gener del 2009). Aquesta consulta forma part de una Unitat Funcional de MTV junt amb els Serveis de Cirurgia Vascular, Hemostàsia i Pneumologia. El diagnòstic de trombosi venosa profunda (TVP) podia ser mitjançant ecografia doppler o tomografia computeritzada (TC). El diagnòstic de Tromboembolisme Pulmonar (TEP) s'ha realitzat mitjançant una TC helicoidal o una gammagrafia de ventilació-perfusió. Es varen recollir dades demogràfiques, clíniques, factors de risc per MTV i exploracions complementàries, així com la seva evolució.

Resultats. Es varen estudiar un total de 200 pacients amb MTV, dels quals el 82% era en forma de TVP o tromboflebitis a les extremitats i el 18% en forma de TEP, amb o sense TVP. L'edat mitja va ésser de 58 (DE:19) anys, amb el 56% de gènere masculí. El 22.5% dels pacients presentaven l'antecedent de MTV prèvia (42 pacients amb TVP i tres amb TEP). Dels 175 pacients amb TVP a les extremitats inferiors, en el 49% estava afectat el costat esquerre, en el 48% el dret i en 3% l'afectació era bilateral. En el 5.5% dels pacients la trombosi va ocórrer a les extremitats superiors. El 59% dels pacients va presentar un event trombòtic idiopàtic, mentre que en la resta, els factors de risc més freqüents varen resultar els fàrmacs (sobretot els anticonceptius orals) i la immobilització per malaltia mèdica. Al final del seguiment, amb una mitja de 10 (2-14) mesos per pacient, es va poder realitzar un estudi de risc trombòtic al 56% dels pacients. Aquest va resultar negatiu en el 65% dels casos, mentre que en la resta les alteracions més freqüents varen ésser les mutacions heterozigotes A1691G del factor V i G20210A del factor II i la síndrome antifosfolípida (SAF). La malaltia neoplàsica (sobretot pulmonar i de colon) fou la causa adquirida més freqüent. La mortalitat global durant el seguiment va ésser del 4%.

Conclusions. La majoria d'events trombòtics varen resultar idiopàtics, de la resta els factors de risc més freqüents varen resultar la immobilització per malaltia mèdica i els fàrmacs (sobretot els anticonceptius orals). Gairebé una quarta part dels pacients havien presentat un event trombòtic venós previ. Els factors de risc trombòtic detectats més freqüents han estat les mutacions heterozigotes dels factors II i V, la SAF i la malaltia neoplàsica.

T-08

TROMBOSI VENOSA A EXTREMITATS SUPERIORS EN PACIENTS ATESOS EN UNA CONSULTA ESPECÍFICA DE MEDICINA INTERNA

S. Di Yacovo, S. Gómez-Zorrilla, X. Solanich, A. Simonetti, S. Jordán, J. Mora, A. Riera-Mestre, R. Pujol
Servei de Medicina Interna. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona)



XIII Barcelona

Objectius. Descriure les característiques i evolució dels pacients amb trombosi venosa de localització a extremitats superiors atesos en una consulta específica de Malaltia Tromboembòlica Venosa (MTV) de Medicina Interna en un hospital universitari de tercer nivell.

Material i Mètodes. Estudi retrospectiu amb selecció dels pacients amb trombosi venosa a les extremitats superiors atesos en una consulta específica de MTV. Aquesta consulta forma part de una Unitat Funcional de MTV junt amb els Serveis de Cirurgia Vascular, Hematologia-Hemostàsia i Pneumologia. Es varen recollir dades demogràfiques, clíniques i d'exploracions complementàries, així com la seva evolució.

Resultats Es varen estudiar un total de 17 pacients. L'edat mitja va ésser de 51 (DE: 21) anys; 5 (29%) pacients tenien menys de 40 anys. El 70% eren de gènere masculí. El 12% havien presentat un episodi previ de MTV. Es va realitzar un estudi de la síndrome de l'estret toràcic superior (SETS) mitjançant una resonància magnètica (RM) segons la sospita clínica. Tres dels cinc pacients menors de 40 anys presentaven aquesta síndrome. En la resta de pacients de major edat, el ésser portador de dispositius intravasculars (present en tres dels 12 pacients) i el carcinoma pulmonar de no cèl·lules petites (present en dos dels 12 pacients) varen resultar-ne les causes més freqüents. Durant el seguiment, amb una mitja de 16 (DE: 23) mesos, tan sols va presentar tromboembolisme pulmonar (TEP), un pacient. La mortalitat global va resultar nul·la.

Conclusions La trombosi venosa a les extremitats superiors no sol desenvolupar TEP. En els pacients joves cal descartar la síndrome de l'estret toràcic superior, mentre que en els pacients majors de 40 anys no portadors de dispositius intravasculars, seria recomenable realitzar un minuciós despistatge de neoplàsia (sobretot pulmonar).

Varis (V)

V-02

MÈTODES DIAGNÒSTICS D'UNA SÈRIE DE PACIENTS AMB SÍNDROME DE SJÖGREN DE L'HOSPITAL UNIVERSITARI JOAN XXIII

R. Qanneta¹, T. Auguet¹, M. López Dupla¹, R. Ramírez³, D. Riesco¹, R. Fontova², M. Poveda², C. Richart¹

¹Servei de Medicina Interna, ²Servei de Reumatologia. Hospital Universitari de Tarragona Joan XXIII. Tarragona

³Servei de Medicina Interna. Hospital de Sant Pau i Santa Tecla. Tarragona

Objectius. Analitzar les alteracions analítiques i mètodes diagnòstics realitzats en una sèrie de pacients amb síndrome de Sjögren (SS).

Material i Mètodes. Estudi observacional retrospectiu dels pacients diagnosticats de SS entre 1990 i 2008 d'acord amb els criteris diagnòstics del Consens Americà-Europeu. Es van recollir aquells pacients diagnosticats de síndrome seca controlats a les consultes de Medicina Interna i Reumatologia, i les dades es van obtenir de les històries clíniques. Es van incloure pacients majors de 14 anys i es van excloure

XIII Congrés de la Societat Catalano-Balear de Medicina Interna

els infectats per VHC o VIH i els pacients diagnosticats de sarcoïdosi. Es van recollir dades analítiques bàsiques, estudis d'autoimmunitat i mètodes diagnòstics utilitzats per al diagnòstic del SS: test de Schirmer, tinció de Rosa Bengala, gammagrafia salival i biòpsia de glàndules salivares menors. Es va realitzar l'anàlisi estadística descriptiva i comparativa mitjançant test de Chi quadrat amb el programa SPSSPC v 11.5 per a Windows.

Resultats. Del total de 39 pacients (p) seguits amb síndrome seca, 27 van complir criteris de SS (22 primaris i 5 secundaris). La distribució de sexes va ser M/H 26/1 i l'edat mitjana 52+/-16 anys. Respecte les dades analítiques bàsiques van presentar: VSG > 20 mm 19 p (70%), anèmia 7 p (26%), leucopènia 6 p (22%), trombopènia 3 p (11%), colèstasi dissociada 6 p (22%) i hipergammaglobulinèmia policlonal 12 p (44%). Dels resultats immunològics van destacar: ANA positius en 20 p (74%), FR positiu en 14 p (52%), anti-Ro positiu en 19 p (70%), anti-La positiu en 14 p (52%), anti-Sm positiu en 2 p (7%), anti-U1RNP positiu en 4 p (14%), AMA positiu en 2 p (7%), C3c baix en 2 p (7%) i IgG elevada en 10 p (37%). La presència d'anti-Ro positiu es va associar amb hipergammaglobulinèmia policlonal ($p<0,05$). El test de Schirmer va resultar positiu en 14 p (70%) dels 20 p en els que es va realitzar. El test de Rosa Bengala només es va realitzar en un pacient. La gammagrafia salival va ser compatible amb SS en els 23 casos als que es va realitzar (100%). La biòpsia de glàndules salivals menors va ser positiva en 13 dels 15 p biopsiats (86%). En 8 dels 13 p, els anticossos anti-Ro i/o anti-La van ser positius i en 5 p van ser negatius. No es van detectar diferències analítiques entre SS primari i secundari.

Discussió. La prevalença de les alteracions hematològiques i immunològiques estudiades en la sèrie que es presenta es similar a la descrita per altres autors (Alexander et al i Ramos-Casals M et al). Lindgren et al en un estudi de 45 pacients, descriu una freqüència de colèstasi dissociada similar a la nostra (27 vs 22%). Respecta les proves demostratives de síndrome seca, destaca l'escàs us de la tinció de Rosa Bengala en la sèrie que presentem. Per altra part, la gammagrafia salival va mostrar una sensibilitat igual o superior a la descrita en altres sèries. La biòpsia de glàndules salivals es va realitzar només en la meitat dels casos i la seva sensibilitat va ser del 86%. La presència d'anticossos anti-Ro i/o anti-La no es va associar amb positivitat de la biòpsia en el nostre cas. No obstant, val la pena comentar que Kessel et al van relacionar aquests autoanticossos amb un elevat valor predictiu positiu de biòpsia compatible amb SS.

Conclusions. 1.- La freqüència de les alteracions hematològiques i immunològiques típiques del SS són similars a les d'altres sèries. 2.- La biòpsia de glàndules salivals es va realitzar en un baix percentatge de casos, però la seva sensibilitat va ser elevada. 3.- La presència d'autoanticossos anti-Ro i/o anti-La no es va associar amb la positivitat de la biòpsia de glàndules salivals. 4.- La positivitat d'anti-Ro i/o anti-La es va associar amb hipergammaglobulinèmia policlonal.



V-03

MANIFESTACIONS CLÍNIQUES EN UNA SÈRIE DE PACIENTS AMB SÍNDROME DE SJÖGREN DE L'HOSPITAL UNIVERSITARI JOAN XXIII

R. Qanneta¹, M. López Dupla¹, T. Auguet¹, R. Ramírez³, D. Riesco¹, R. Fontova², M. Poveda², C. Richart¹

¹Servei de Medicina Interna, ²Servei de Reumatologia. Hospital Universitari de Tarragona Joan XXIII. Tarragona

³Servei de Medicina Interna. Hospital de Sant Pau i Santa Tecla. Tarragona

Objectius. Analitzar les manifestacions clíniques glandulars i extraglandulars d'una sèrie de pacients amb síndrome de Sjögren (SS).

Material i Mètodes. Estudi observacional retrospectiu dels pacients diagnosticats de SS entre 1990 i 2008 d'acord amb els criteris diagnòstics del Consens Americà-Europeu. Es van recollir aquells pacients diagnosticats de síndrome seca controlats en les consultes de Medicina Interna i de Reumatologia. Es van incloure pacients majors de 14 anys i es van excloure aquells amb infecció VIH o VHC i els diagnosticats de sarcoïdosi. Les manifestacions clíniques associades al SS es van obtenir de les històries clíniques. Es va realitzar l'anàlisi estadística descriptiva i comparativa mitjançant test de Chi quadrat amb el programa SPSSPC v 11.5 per a Windows.

Resultats. Del total de 39 pacients (p) seguits amb síndrome seca, 27 van complir criteris de SS (22 primaris i 5 secundaris). El sexe femení va ser predominant (M/H 26/1) i l'edat mitjana va ser 52+/-16 anys. Respecte l'afectació glandular, van presentar: xerostomia 25 (93%), xeroftalmia 22 pacients (82%) (3 d'ells amb queratitis, tots amb SS primari), xerotràquea 4 (15%) i xerovagina 2 (7%). Quant a l'afectació extraglandular, les poliartràlgies van ser la manifestació més freqüent (15 pacients, 55%) i tan sols 4 pacients (15%) van mostrar artritis (3 d'ells amb SS secundari). A més, es van recollir 23 manifestacions extraglandulars més en 18 pacients (67%): afectació tiroide 5 p (18%) (tiroïditis autoimmune 2 p, hipotiroïdisme no autoimmune 1 p, goll multinodular normofuncionant 2 p), vasculitis 2 p (7%) (vasculitis leucocitoclàstica 1 p, crioglobulinèmia mixta essencial tipus II 1 p), síndrome del túnel carpià 3 p (11%), nefropatia 2 p (7%) (glomerulonefritis membranosa 1 p, acidosi tubular renal distal 1 p), fenomen de Raynaud 2 p (7%), hepatitis autoimmune tipus I 1 p, fibromiàlgia 1 p. A més a més, es va diagnosticar 1 cas d'acromegàlia secundària a un microadenoma hipofisari i 1 cas de miastènia gravis. Les entitats associades dels casos de SS secundari van ser: artritis reumatoïde 2 p, cirrosis biliar primària 2 p i lupus eritematós sistèmic 1 p. No es van evidenciar diferències estadísticament significatives entre les manifestacions clíniques dels pacients amb SS primari i secundari.

Discussió. En la sèrie que es presenta, la freqüència de les manifestacions glandulars és similar a la descrita en la majoria de les sèries. Ramos-Casals M et al, en un estudi de 300 pacients amb SS seguits durant 20 anys descriuen que el 46% van desenvolupar manifestacions extraglandulars als 15 anys de seguiment, arribant fins 67% als 20 anys de seguiment. A més, destaca que l'aparell locomotor és el que més freqüentment s'afecta, coincidint amb les dades que mostrem, essent l'afectació articular en forma de poliartràlgies la més freqüent. La majoria de casos amb artritis van ser en el context de SS secundari. Altres manifestacions extraglandulars com la patologia tiroide, vasculitis, crioglobulinèmia mixta essencial tipus II,

XIII Congrés de la Societat Catalano-Balear de Medicina Interna

cirrosi biliar primària, hepatitis autoimmune i la nefropatia associades van mostrar una incidència similar a la de les principals sèries. La freqüència del síndrome del túnel carpià va ser el doble de la d'altres treballs. No obstant, no es va recollir cap cas de neuropatia perifèrica. Tampoc es va diagnosticar cap cas de limfoma ni d'afectació pulmonar associades al SS.

Conclusions. 1.- En la nostra sèrie, tant la prevalença d'afectació glandular com extraglandular és similar a la descrita en la bibliografia. 2.- Les manifestacions extraglandulars més freqüents van ser l'afectació articular, la malaltia tiroïdal i la síndrome del túnel carpià. 3.- L'heterogeneïtat en la presentació clínica associada a la síndrome de Sjögren fa imprescindible el seguiment periòdic dels pacients per a un ràpid diagnòstic.

V-05

CARACTERÍSTIQUES CLÍNiques I EPIDEMIOLÒGiques DE LES HEPATITIS AGudes EN UN HOSPITAL COMARCAL

B. Batalla Insenser, G. De la Red Bellvís, M. Sánchez Torres, M. Ribes Baños, V. Reverter Barrachina, N. Jové Vidal, M. Javaloyas de Morlius, M. Torres Salinas
Servei de medicina interna. Hospital de l'Esperit Sant. Santa Coloma de Gramenet (Barcelona)

Objectius. Descriure les característiques clíniques i epidemiològiques i l'evolució dels pacients ingressats per hepatitis aguda en un servei de medicina interna d'un hospital comarcal de l'àrea metropolitana de Barcelona.

Material i Mètodes. Es tracta d'un estudi observacional, descriptiu i retrospectiu del casos d'hepatitis aguda que han ingressat al nostre servei entre setembre del 2007 i desembre del 2008. Se n'han analitzat les variables clíniques i epidemiològiques així com la seva etiologia i evolució.

Resultats. Es van registrar 14 pacients amb hepatitis aguda i criteris clínics i biològics d'ingrés hospitalari. 10 varen ser homes. La mitjana d'edat va ser de 42 anys. En el 71% dels casos el consum d'alcohol va ser >80 gr/dia. 6 pacients (43%) presentaven una hepatopatia crònica, d'origen enòlic (29%), infecció per VHB(7%) i per VHC (7%). L'índex de Charlson va ser entre 0-1 en el 79%. El 43% va presentar febre, un 71% postració, un 79% icteícia i només un 29% dolor abdominal. En només 4 pacients hi va haver un desencadenant (conducta sexual de risc, consum d'herbes laxants, infecció greu i la prescripció d'un fàrmac hepatotòxic, respectivament). Tots varen presentar colèstasi i un 86% tenia signes biològics d'insuficiència hepàtica. L'hepatitis alcohòlica va ser la causa més freqüent (6 pacients) seguida de la infecció per virus de l'hepatitis B (2 pacients), hepatitis tòxica (2 pacients), infecció per CMV (1 pacient) i hepatitis A (1 pacient). Es va realitzar PBH en dos pacients, en els quals el diagnòstic va ser d'hepatitis tòxica. En dos casos no es va arribar al diagnòstic etiològic. En el grup d'hepatitis alcohòlica, tots els pacients van ser homes. En la resta de casos la proporció entre homes i dones va ser similar. Dos pacients varen requerir de corticoides (Maddey >32). Un 14% (2 pacients) va presentar una resolució clínica completa, un 64% (9 pacients) va millorar de forma progressiva sense resolució completa, en un 7% (1 pacient) es va cronificar i 2 pacients van ser exitus(14%), ambdós per hepatitis alcohòlica sobre una hepatopatia crònica de base i un índex de Maddey superior a 32.



XIII Barcelona

Conclusions. En el nostre medi la causa més freqüent d'hepatitis aguda que requereix ingrès ha estat la d'origen enòtic essent també aquesta la única etiologia associada a mortalitat. En tots els casos hi havia colèstasi. La majoria dels pacients varen presentar criteris clínics biològics d'insuficiència hepàtica. Cal considerar la realització d'una biòpsia hepàtica en aquells casos no diagnosticats per mètodes no invasius.

V-06

SÍNDROME POLIGLANDULAR AUTOIMMUNE, A PROPÒSIT DE DOS CASOS

A. Sabater¹, N. Manresa¹, C. Varillas¹, E. Ñasco¹, M. Molina¹, I. Simó², J. Vendrell², C. Richart¹

¹Servei de Medicina Interna, ²Servei de Endocrinologia. Hospital Universitari de Tarragona Joan XXIII. Tarragona

Objectius. L'associació entre malalties autoimmunes òrgan-específiques (MAIOE), en especial les endocrinològiques, es coneix com síndrome poliglandular autoimmune (SPA). Presentem 2 casos diagnosticats de SPA.

Material i Mètodes. CAS 1: Dona, 20 anys. No hàbits tòxics. Diabètica tipus 1 (DM1) des dels 10 anys, amb neuropatia diabètica, hipotiroidisme autoimmune (HTAI) en tractament substitutiu i bulímia. Mare amb HTAI, germà amb DM1 i HTAI. No seguiments en 1 any. Acut a Urgències per disminució del nivell de consciència, febre de fins 39°C i intensa astènia de dos dies d'evolució en el contexte d'un refredat. A l'exploració física destaca consciència obnubilada GCS 13, T^a 39.5°C, TA 70/45 mmHg, FC 120 pm, dubtosa rigidesa de nuca, la resta normal. Es realitza TAC cranial, punció lumbar, analítica general, equilibri venòs i sediment, destacant glucosa 131 mg/dL i Sodi 131 mEq/L, la resta normals. Davant la sospita de meningitis bacteriana, i fins l'arribada de resultats, s'inicia tractament amb Ceftriaxona i Dexametasona. Presenta gran millora a les 24 hores de tractament, persistint lleugera hiponatrèmia i tendència a l'hipotensió assintomàtica. Es decideix ingrès a planta de Medicina Interna (MI) amb la sospita de possible síndrome d'Addison. A l'analítica de planta destaca TSH 9.4 mUI/L i T4L 9.23 pmol/L, HbA1c 11%, ACTH basal 1023 pg/mL amb cortisol basal 67.9 nmol/L sense resposta al test d'ACTH, anti-21-hidroxilasa >5000 U/mL. Es demostra insuficiència suprarrenal autoimmune (ISR), es diagnostica SPA tipus 2 i s'inicia tractament substitutiu amb Hidrocortisona. A l'alta s'ajusta pauta d'insulina i Levotiroxina. CAS 2: Dona, 38 anys. Fumadora 1paq/dia. DM1 des dels 13 anys, amb retinopatia fulgurada i nefropatia diabètica incipient. No antecedents familiars. No seguiments en 2 anys. Acut a Urgències per quadre de dos mesos d'astènia, aftes oral i en l'última setmana dolor retroesternal i disfàgia que no van millorar amb antifúngics, afegint-se les últimes hores vòmits incoercibles. A l'exploració física destaca pal·lidesa muco-cutània, glossitis i muguet oral, FC 125 pm, T^a 37.3°C, la resta normal. Analíticament presenta Hb 8.05 g/dL, Ht 24.9%, VCM 62.7, HCM 20.2, Glucosa 472 mg/dL, Sodi 131 mEq/L, Potassi 5.2 mEq/L, PCR 5.3 mg/dL, resta normal, GSV amb pH 7.206, HCO₃ 14.8, EB -13, Lactat 2.96. Es tracta la cetoacidosi diabètica, i ingressa a MI. La FGS mostra lesions

XIII Congrés de la Societat Catalano-Balear de Medicina Interna

compatibles amb esofagitis herpètica, prenent biòpsies d'esòfag i duodè. L'anàlítica de planta mostra Hb 6.5 g/dL, Ht 22.2%, VCM 64.5 fL amb perfil ferropènic, HbA1c 12%, TSH <0.01 mUI/L, T4L 34.91 pmol/L, IgA anti-transglutaminasa positiva, anti-TSI positius. La gammagrafia tiroïdalés hipercaptant sense nòduls i l'ecografia tiroïdal amb tiroides hiperfuncionant. La biòpsia duodenal és compatible amb celiaquia. Es tracta amb Tiamazol, Aciclovir i Fluconazol amb bona evolució clínica. Precissa la transfusió de dos concentrats d'hematies. Es diagnostica esofagitis herpètica, celiaquia, malaltia de Graves i SPA tipus 3A. A l'alta s'ajusta insulinoteràpia, es recomana dieta sense gluten i de diabètic, i es manté Tiamazol.

Discussió. Els SPA es defineixen com l'associació de dues insuficiències endocrines d'origen autoimmune amb d'altres MAIOE. Poden presentar altres MAIOE no endocrinològiques, com la celiaquia, l'ooforitis o la gastritis autoimmune. Es van presentant al llarg de la vida de forma esglaonada, no diagnosticant-se totes a la vegada. El SPA 2 (DM1, malaltia tiroïdal autoimmune (MTAI) i ISR) és la més freqüent (2/10000 habitants), amb associació familiar (HLA-B8) i un rang de diagnòstic entre els 20 i 40 anys. La ISR és habitualment la malaltia que sorgeix més tard. El SPA 3, associació de MTAI amb altres entitats, es divideix en subgrups, sent el 3A l'associació de MTAI amb DM1. No es recomana l'screening generalitzat a totes les MAIOE, excepte en casos seleccionats. No obstant, és important tenir un alt índex de sospita.

Conclusions. En un pacient amb antecedents de MAIOE, encara que només es recomana fer screening per descartar SPA en circumstàncies concretes, si apareixen nous símptomes compatibles, s'ha d'incloure en el diagnòstic diferencial en primer lloc altres MAIOE, especialment malaltia tiroïdal, malaltia d'Addison i celiaquia.

V-07

DOCÈNCIA DE PREGRAU ALS SERVEIS DE MEDICINA INTERNA CATALANS

C. Fornós¹, J. Delás¹, W. Penzo⁴, C. Morcillo², R. Salas¹, N. Parra³, R. Coll¹, A. Lozano¹

¹Servei de Medicina Interna. Hospital Universitari Sagrat Cor. Barcelona

²Servei de Medicina Interna. Centro Internacional de Medicina Avanzada, S. A. (CIMA). Barcelona

³Unitat de Recerca. Sant Joan de Déu. Serveis de Salut Mental

⁴Facultat De Medicina. Universitat De Barcelona

Objectius. La formació en semiologia mèdica dels estudiants de les universitats catalanes es fa en els serveis de medicina interna. És força important aquesta funció, objecte de debat i d'intercanvi d'experiències. Al respecte presentem una avaluació en exploració clínica sota la idea que en l'ensenyament amb pacients i voluntaris s'aconsegueixen uns prefixats objectius en exploració física mitjançant la reiteració i el pas de les setmanes i que una filmació docent pot permetre aconseguir idèntica formació de forma més ràpida.

Material i Mètodes. L'estudi s'ha realitzat en el servei de medicina interna de l'Hospital Universitari del Sagrat Cor, durant dos cursos acadèmics: 2005-06 i 2006-07. Han participat estudiants, professors de medicina, professionals de la comunicació audiovisual i un actor ensinistrat per a fer de pacient que acudeix



XIII Barcelona

a una revisió mèdica. S'ha elaborat un llistat dels elements formatius a transmetre en l'exploració física i s'ha enregistrat una exploració física general (abdomen, tòrax anterior i posterior) feta per un professor. S'acompanya d'elements comunicatius, sota el pretext d'explicar-al pacient el que es va a fer. Es fa una primera avaluació a manera de test inicial el primer dia de l'estada clínica. Es demana a cada estudiant l'exploració física general d'un company segons el seu criteri i coneixements. S'avalua amb una escala d'observació que recull 24 elements corresponents a l'exploració abdominal (12), respiratòria (6) i cardíaca (6). A continuació, en presència del professor, es visualitza la filmació docent i se'n lliura una còpia per tornar-la a veure. Se'ls adverteix que al cap de 48 hores s'avaluarà una nova exploració física, amb la mateixa escala, d'acord al que han vist. A la fi de l'estada se'ls hi fa una tercera avaluació.

Resultats. S'avaluen 19 estudiants de tercer curs en el seu primer dia a l'Hospital. 14 estudiants a les 48 hores i 13 a la fi de les 6 setmanes. En l'avaluació inicial, de les 24 proves, només el 50% dels estudiants tenien coneixements de dues proves: demanar al pacient que respiri profundament i auscultar-lo amb el fonendo en 4 posicions diferents. Després de visualitzar la filmació al cap de 48 hores, els estudiants han millorat l'exploració en un valor promig del 46,3% i a la fi de l'estada la progressió és del 13,0% en relació a la segona avaluació.

Discussió. El tercer dia bona part dels estudiants és capaç de realitzar les principals exploracions: palpació superficial i profunda de l'abdomen, auscultació respiratòria a 4 punts diferents del tòrax, auscultació dels 4 focus principals cardíacs i prendre la tensió. Els elements que els estudiants no assolixen per sobre del promig són 4 (de 6) elements de comunicació. A la sisena setmana de l'estada dels estudiants, les exploracions considerades més importants es mantenen a un bon nivell. Per sota dels valor promig apareix la presa de la tensió arterial, la fase d'inspecció i 4 elements de comunicació. En una nova filmació s'hauria de fer èmfasi en aspectes comunicatius.

Conclusions. L'estudiant de tercer arriba a l'ensenyament de la semiologia amb escassos coneixements previs de l'exploració física. La filmació proposada és un bon element per a l'ensinistrament de l'exploració física normal, de forma ràpida i amb manteniment de forma persistent de la formació adquirida. Cal millorar aquest recurs docent en algunes habilitats concretes d'exploració física i d'elements de comunicació. Cal desenvolupar recursos docents per a formar ràpidament a l'estudiant de forma reglada en habilitats clíniques mínimes i bàsiques que els hi permeti una estada més profitosa de les setmanes d'ensenyament clínic.

V-09

PERFIL DE PACIENTES DERIVADOS A HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO DESDE MEDICINA INTERNA

M. Gil Bermejo

Unidad de Hospitalización a Domicilio. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona)

Objectius. Descripción del perfil y evolución de los pacientes derivados desde Medicina Interna a la Unidad de Hospitalización a Domicilio (HAD) durante el periodo 2006-2008

XIII Congrés de la Societat Catalano-Balear de Medicina Interna

Material i Mètodes. Revisió retrospectiva de todos los pacientes derivados a HAD desde Medicina Interna durante el periodo 2006-2008. Se recogen las siguientes variables: Distribución por sexo, Edad media, Diagnóstico principal: EPOC reagudizado, Neumonía, IC, Broncoaspiración, Control descoagulación, administración de tratamientos ev, curas y otros; Destino al alta: Control por equipo de Atención Primaria(EAP), necesidad de atención domiciliaria (ATDOM), retorno a Urgencias (URG), ingreso programado en Hospital (HOSP) y éxitus.

Resultats. Durante el período de estudio se atendieron en HAD 149 pacientes procedentes de Medicina Interna, 24% mujeres y 76% hombres, con una edad media de 70,7 años (43 años-93 años). En las siguientes tablas quedan reflejados el diagnóstico al ingreso y el destino al alta

Discussió. Los atención en HAD de pacientes procedentes de Medicina Interna está motivado mayoritariamente por descompensación de su patología crónica (EPOC, IC), destacando el progresivo aumento de la IC como diagnóstico de ingreso en HAD. La evolución ha sido favorable, pudiéndose alzar satisfactoriamente el 80% de los pacientes; los escasos exitus registrados fueron esperados.

Conclusions. La Hospitalización a Domicilio, entendida como alternativa a la hospitalización convencional, se perfila como una herramienta eficaz y segura para la atención de pacientes con EPOC y/o IC decompensada, favoreciendo el alta temprana desde los servicios de Medicina Interna.

DIAGNÓSTICOS (V-09)

	2006 (n=44)	2007(n=50)	2008 (n=55)	TOTAL (n=149)
EPOC	34%	26%	9%	23%
NEUMONIA	5%	10%	2%	6%
IC	25%	48%	52%	41%
BRONCOASPIRACIÓN	9%	2%	7%	6%
CONTROL COAGULACIÓN	9%	2%	5%	6%
TTO EV	2%	2%	7%	4%
CURAS	5%	2%	5%	4%
OTROS	11%	6%	13%	10%

DESTINO AL ALTA (V-09)

	2006	2007	2008	TOTAL
EAP	16%	24%	37%	25%
ATDOM	65%	52%	46%	55%
URG	14%	18%	12%	15%
HOSPITAL	0%	4%	5%	3%
EXITUS	5%	2%	0%	2% (n=3)



XIII Barcelona

V-10

AFECCIÓ RENAL DIFERENT DE LA CRISI RENAL ESCLERODÈRMICA EN PACIENTS AMB ESCLEROSI SISTÈMICA

A. Roda Safont¹, C. Simeón Aznar², A. Segarra Medrano¹, V. Fonollosa Pla², N. Iriarte Gay², A. Fernández Luque², J. Camps Domènech¹, M. Vilardell Tarrés²

¹Servei de Nefrologia, ²Servei de Medicina Interna. Hospital General Vall D'Hebron - Àrea General. Barcelona

Objectius. Determinar la freqüència d'alteracions renals en pacients diagnosticats d'esclerosi sistèmica.

Material i Mètodes. Hem estudiat de forma prospectiva a 50 malalts diagnosticats d'esclerosi sistèmica (6 homes i 44 dones). Es va determinar la tensió arterial, la funció renal, els autoanticossos, l'estimació del filtrat glomerular mitjançant la fórmula de MDRD, el sediment d'orina, proteinúria, microalbuminúria i es va realitzar estudi ecogràfic de la morfologia renal i dels vasos renals per doppler.

Resultats. L'edat mitja va ésser 57.3 mesos (30-83) anys i el temps mig d'evolució de la malaltia fou de 313.12 (19-4254) mesos. Onze pacients presentaven ES difusa; 29, ES limitada; 8, esclerodermia sine esclerodermia; 2, preesclerodermia. Es van registrar 18 (36%) pacients hipertensos. El 46% presentava ANA positiu; el 18%, Scl70 positiu, i el 24% Ac anticentròmer. Un pacient presentava anticoagulant lúpic positiu. L'estimació del filtrat glomerular va ésser < 60 ml/min en 12 (24%). Es va detectar microhematuria en 22 (44%) pacients; en dos es va acompanyar de bacteriúria i leucocitúria. Quatre pacients presentaven microalbuminúria. En un pacient es va objetivar proteinúria > 500 mg. Es va observar disminució unilateral del tamany renal en un pacient, en un altre, la disminució va ésser bilateral. Es van observar quists renals en dos pacients: un complicat i un altre > 44 mm. L'estudi doppler fou normal. Divuit pacients rebien tractament amb IECA o ARA 2, d'aquests 5 prenen corticoids, 6 pacients D-penicilamina. Un malalt seguia tractament amb AINE.

Discussió. La hipertensió arterial, les alteracions en el sediment urinari, la microalbuminúria, la proteinúria, la insuficiència renal són indicadors d'afectació renal crònica en els pacients amb ES. El 36% de la nostra cohort foren hipertensos, el 24% tenien un filtrat glomerular disminuït. Un pacient presentà proteinúria.

Conclusions. Els pacients amb ES que no han sofert CRE presenten amb freqüència alteracions renals consistents en anomalies del sediment urinari, microalbuminúria i/o proteinúria e hipertensió arterial. Es necessari analitzar les possibles etiologies, així com les potencials implicacions d'aquestes alteracions a llarg plaç.

V-11

EL PAPEL DEL INTERNISTA MÁS ALLÁ DE SU SERVICIO: LA INTERCONSULTA DE UN SERVICIO DE TRAUMATOLOGÍA

J. Torres Martínez¹, A. Serrado Iglesias¹, J. González Ares², F. Afonso Argiles³, X. González Ustes⁴

¹Servicio de Medicina Interna, ²Unidad de Docencia e Investigación, ³Servicio de Geriátria, ⁴Servicio de Traumatología. Hospital Municipal de Badalona. Badalona (Barcelona)

XIII Congrés de la Societat Catalano-Balear de Medicina Interna

Objectius. La complejidad del paciente ingresado en servicios traumatológicos ha aumentado en los últimos años dada la pluripatología y el envejecimiento de la población. Con frecuencia se requiere la intervención del médico internista ante la aparición de uno o varios problemas médicos por su visión global del paciente, consulta que en nuestro centro se realizaba de forma añadida al trabajo de la unidad de Medicina Interna. En este proyecto se destina un médico internista de forma exclusiva para dichas interconsultas. El objetivo del presente estudio es describir los resultados de esta primera experiencia durante 5 meses en un hospital comarcal

Material i Mètodes El internista acude diariamente a la planta de traumatología y dispone de un dispositivo localizable, siendo el personal de enfermería su principal interlocutor. Se analizan 32 pacientes que ingresan en el servicio de traumatología y que requieren una consulta a Medicina, desde el 1 de octubre de 2008 a 28 de febrero de 2009, recogiendo datos epidemiológicos, datos sobre el proceso traumatológico y datos sobre la intervención del médico internista.

Resultats. Se visitaron un total de 32 pacientes de los cuales 78% eran mujeres y 22% varones. La edad media fue de 81 años (60-92). Se realizaron una media de 5 visitas por paciente (1-33) El principal motivo de consulta fue la revisión del tratamiento crónico (21%) seguido de fiebre (18%) y a proporciones iguales hipotensión y sintomatología respiratoria 10%. Respecto a los diagnósticos realizados por el internista el más frecuente fue la infección nosocomial (37%), respiratoria seguida de urinaria, y en segundo lugar las descompensaciones de la DM, siendo el resto de diagnósticos muy heterogéneos. En 80% de los casos se modificó o añadió tratamiento siendo la prescripción mas frecuente la de antibióticos (31%). El motivo principal de ingreso en COT fue la fractura de fémur (50%) seguido de la prótesis total de rodilla 25%, y menos frecuentemente la fractura de ramas pélvicas o fractura vertebral. Al alta del servicio de COT un 15% requirió consulta médica especializada, un 3% requirió traslado a centro de tercer nivel y 3% fue exitus.

Conclusions. La frecuente comorbilidad, polifarmacia y la heterogeneidad de los motivos de consulta hace que sea el médico internista el especialista apropiado para discriminar gravedad y tratar las complicaciones médicas de los enfermos traumatológicos por su visión global del paciente. El perfil del paciente ingresado por fractura de fémur hace necesaria la intervención precoz del internista para realizar un seguimiento integral que mejore la calidad asistencial, prevenga complicaciones y reduzca costos, siendo esta una línea a trabajar en profundidad en el futuro.

V-12

EL PAPEL DEL INTERNISTA MÁS ALLÁ DE SU SERVICIO: INTERCONSULTA EN ÁREA QUIRURGICA

A. Serrado Iglesias¹, J. Torres Martínez¹, J. González Ares², J. Sahuquillo LLamas¹, A. Alcaide Garriga³

¹Servicio Medicina interna, ²Unidad de Docencia e Investigación, ³Servicio de Cirugía General. Hospital Municipal de Badalona. Badalona (Barcelona)

Objectius. El incremento progresivo de la Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) y la implantación en nuestro centro de Hospitalización Domiciliaria con soporte de un cirujano ha modificado el perfil de los pacientes



XIII Barcelona

ingresados en la Unidad de Cirugía General, requiriendo hospitalización convencional aquellos pacientes más pluripatológicos, de edad avanzada y con patología quirúrgica más compleja. Con frecuencia se requiere la intervención del médico internista ante la aparición de uno o varios problemas médicos, por su visión global del paciente, consulta que en nuestro centro se realizaba de forma añadida al trabajo de la unidad de Medicina Interna. En este proyecto se destina un médico internista de forma exclusiva para dichas interconsultas. El objetivo del presente estudio es describir los resultados de esta primera experiencia durante 5 meses en un hospital comarcal.

Material i Mètodes. El internista acude diariamente a la planta de cirugía y dispone de un dispositivo localizable, siendo el cirujano su principal interlocutor. Se analizan 54 pacientes consultados procedentes de servicios quirúrgicos, desde el 1 de octubre de 2008 al 28 de febrero de 2009, recogiendo datos epidemiológicos, datos sobre el episodio quirúrgico y datos sobre la intervención del médico internista.

Resultats. Se visitaron un total de 54 pacientes, de los cuales 60% fueron mujeres y 40% varones; el 80% de las cuales procedían de cirugía general. La edad media fue de 76 años (rango 45-90 años). Se realizaron una media de 4.3 visitas por paciente (1-22). Los principales motivos de consulta fueron disnea (24%) y en igual proporción (11%) fiebre, síntomas neurológicos y síntomas vegetativos. Los diagnósticos realizados por el internista después de su valoración fueron: broncoespasmo (15%), síndrome coronario agudo (11%) e insuficiencia cardíaca, descompensación diabetes e infecciones (9%) en tercer lugar. En cuanto a la actuación del internista en 80% de los casos se modificó o añadió tratamientos de los cuales los más frecuentes fueron broncodilatadores –corticoides y tratamiento de la diabetes, seguidos de antihipertensivos y sueroterapia. Respecto al motivo de ingreso en cirugía el 23% fue por causa hemorrágica, el 17% patología hepatobiliar, el 17% por neoplasias y 11% por suboclusión intestinal. De los pacientes consultados, en 63% no se realizó tratamiento quirúrgico. Al alta 15% se derivaron a un control ambulatorio en consulta médica especializada, 5% requirió traslado a hospital de tercer nivel y 4% fue exitus.

Conclusions. La frecuente comorbilidad, polifarmacia y la heterogeneidad de los motivos de consulta hace que sea el internista el especialista apropiado para tratar las complicaciones médicas de los pacientes quirúrgicos. El hecho de que 4 de cada 5 consultas hayan tenido implicaciones terapéuticas para el proceso del paciente pone de manifiesto la importancia y utilidad de dicho trabajo, así como la necesidad de una dedicación apropiada. Poder disponer de dedicación exclusiva favorece además la relación directa con los especialistas quirúrgicos y el trabajo en equipo, con el fin de mejorar la calidad asistencial.

XIII Congrés de la Societat Catalano-Balear de Medicina Interna

V-14

INTERNISTES I CONSUM DE DROGUES PER VIA INTRAVENOSA

J. Delás¹, R. Velarde², C. Morcillo³, M. Aguas¹, M. Pons¹, O. Díaz²

¹Servei de Medicina Interna i Farmàcia. Hospital Universitari Sagrat Cor. Barcelona

²SAPS. Creu Roja. Barcelona

³Servei de Medicina Interna. Centro Internacional de Medicina Avanzada, S. A. (CIMA). Barcelona

Objectius. Un important factor de risc de malaltia i mort. Concretament, el consum d'heroïna a Barcelona i al conjunt de l'estat passa a tenir alta prevalença en els anys 80. A finals de 1990 Espanya es situa en el primer lloc d'Europa de les tasses d'incidència de la síndrome d'immunodeficiència adquirida i la via parenteral és la principal forma de transmissió que fins l'any 2003, supera el 50%. Aquesta fenomen és atribuïble a l'ús de drogues injectades, la falta de programes de reducció de danys relacionats amb el consum de drogues, concretament programes d'intercanvi de xeringues –iniciats a Holanda l'any 1984- i de manteniment amb metadona, molt més desenvolupats a altres països europeus. Després dels Jocs Olímpics de Barcelona apareix una preocupació que fa que apareguin serveis adreçats a contactar amb consumidors actius.

Un àmbit on els internistes poden ser peces fonamentals. A partir de l'any 2000 apareixen a Madrid i Barcelona les primeres sales de consum per via intravenosa i es fa possible un millor coneixement de les reaccions indesitjables al consum. Un conjunt de reaccions que provoquen des de 1997 fins a 2007 entre 122 i 66 morts al any. Hem tingut la possibilitat de col·laborar en l'assistència a una sala d'injecció a la ciutat de Barcelona. Presentem les característiques d'aquesta col·laboració.

Material i Mètodes Revisió de les dades d'utilització del primer any de funcionament d'una sala d'injecció (2003-04) a la ciutat de Barcelona i consideracions sociodemogràfics dels usuaris i descripció de les símptomes aparegudes immediatament després del consum. Vinculació de les símptomes a la substància consumida.

Resultats. Durant el primer any de funcionament la sala ha estat utilitzada en 3.653 ocasions per 410 persones, majoritàriament homes en proporció de 3 homes per cada dona. No hi ha hagut cap mort en la sala. Hi varen haver-hi 163 reaccions agudes al consum. Disminució del nivell de consciència (1,78% dels consums), disminució de la freqüència respiratòria (0,99%), sudoració profusa (0,52%), nàusees i vòmits (0,38%), idees desorganitzades (0,36%), taquicàrdia (0,22,%) i convulsions (0,08%). Vinculant símptomes i substància hi ha relació significativa entre alteracions del nivell de consciència i del ritme respiratori i heroïna. En el consum de cocaïna i heroïna combinada amb cocaïna no s'ha trobat cap alteració del centre respiratori. Suor, nàusees, vòmits, deliri i taquicàrdia són símptomes que apareixen relacionats de forma significativa amb el consum de cocaïna.

Discussió En la sala d'injecció com ja s'esmenta en la bibliografia no hi ha hagut cap reacció amb resultat de mort. Observar el consum directament en una sala permet conèixer les principals reaccions que poden ocórrer, fet important donat l'escàs coneixement que es té d'aquests dispositius sanitaris i que pot afavorir una millor assistència. Els internistes poden tenir un paper molt interessant en l'atenció a persones en situació socialment deprimida i, concretament, en consumidors de drogues per via intravenosa.



XIII Barcelona

REACCIONS AGUDES AL CONSUM (V-14)

		Cocaïna	Heroïna	Speed-Ball	Total	p
Alteracions de la consciència	SI	3 (14,3)	60 (83,3)	2 (20,0)	65 (63,1)	<0,005
Alteracions de la respiració	SI	0 (0,0)	36 (50,0)	0 (0,0)	36 (35,0)	<0,005
Suor	SI	10 (47,6)	10 (47,6)	4 (40,0)	19 (18,4)	<0,005
Nàusees i vòmits	SI	9 (42,9)	4 (5,6)	1 (10,0)	14 (13,6)	<0,005
Idees desorganitzades	SI	7 (33,3)	2 (2,8)	4 (40,0)	13 (12,6)	<0,005
Taquicàrdia	SI	8 (38,1)	0 (0,0)	0 (0,0)	8 (7,8)	<0,005

V-15

PNEUMOTÒRAX ESPONTANI SECUNDARI (PES), MANIFESTACIÓ INICIAL D'HISTIOCITOSI DE CÈL·LULES DE LANGERHANS (HCL) I DE MALALTIA PULMONAR PER MICOBACTERIUM KANSASII (MPM), ARREL DE 2 CASOS

R. Qanneta, T. Auguet, M. Ruiz, E. Castellar, A. Sabater, A. Ródenas, J. Llutart, C. Richart
 Servei de Medicina Interna. Hospital Universitari de Tarragona Joan XXIII. Tarragona

Objectius. El PES és més freqüent en homes d'edat superior a 40 anys, excepte en la fibrosi quística i afecta preferentment a l'hemitòrax dret. Entre les causes destaquen MPOC, infecció per *Pneumocystis jirovecii*, pneumònia necrotitzant estafilocòccica, linfangioleiomiomatosis, HCL i MPM. Presentem 2 pacients amb PES secundari a aquestes dues entitats.

Material i Mètodes. CAS 1: Home, 40 anys. Hàbits tòxics: tabaquisme, consum ocasional de cànnabis i moderat d'enol. Mecànic de professió. Diagnosticat al 1996, per biòpsia, d'hepatitis granulomatosa no necrotitzant suggestiva de febre Q. Ingressa per síndrome constitucional de 3 mesos, associat a dispnea i dolor pleurític esquerre, les 2 últimes setmanes. Exploració: T^a 37°C, Sat. basal de O₂: 95 %. No adenopaties. Auscultació pulmonar: hipofonesi esquerra. Resta normal. Complementàries: VSG 10 mm, PCR 15 mg/dl, leucòcits 14.800/mm³ (N 68 %), fibrinogen 1221 mg/dl, ferritina 502 ng/ml, IgE 260 UI/ml, IgG anti *Coxiella burnetii*: Fase I: 1/256 y II: 1/160; resta inclosos osmolaritat sèrica i urinària, TSH, HIV, VHB, VHC, serologia de pneumònies atípiques, immunologia i marcadors tumorals normals. Antigenúria, PPD, BK esput i hemocultius negatius. ECG normal. Sèrie òssia normal. Rx tòrax: afectació intersticial difusa, pneumotòrax esquerre. Es col. Loca tub drenatge. TACAR: quists i nòduls inferiors a 1 cm difusos, respectant sinus costofrènics. PFR: patró restrictiu, lleu disminució DLCO. FBS: BAS negatiu (BK, PCR micobacteris i citologia). LBA (LT4 90 %, CD4 60 %, CD8 30 %). BIÒPSIA PULMONAR: HCL; S100, CD1a, Langerina y PLAP +. Tractament: prednisona oral i abstinència de tabac. Bona evolució. CAS 2: Home, 47 anys. Hàbits tòxics: Tabaquisme no actiu. Paleta de professió. Ingressa per astènia, poliúria, polidipsia i pèrdua ponderal en el darrer mes. Els últims dies presenta tos, expectoració, dispnea i febre. Acut a l'Hospital per vòmits

XIII Congrés de la Societat Catalano-Balear de Medicina Interna

i dolor pleurític dret de 12 h. Exploració: T^a 38.5°C, Sat. basal de O₂: 94 %. Taquipnea. No adenopaties. Auscultació pulmonar: hipofonesi dreta. Resta normal. Complementàries: VSG 123 mm, PCR 27 mg/dl, leucòcits 29.000/mm³ (N 88 %), glucosa 568 mg/dl, GGT 144 U/L, FA 203 U/L, albúmina 2.9 g/dl, Proteïnes 5.26 g/dl, ferritina >1650 ng/ml, fibrinogen 1224 mg/dl, HgA1c 11 %, pH 7, bicarbonat 7.7 mmol/l, resta inclosos TSH, HIV, VHB, VHC, serologia d'atípiques, immunologia i marcadors tumorals normals. Cetonúria +. Antigenúria i PPD negatius. Booster +. ECG normal. Rx tòrax: cavitacions bilaterals i hidropneumotòrax dret. Es col. Loca tub drenatge. Líquid pleural: 1140 cel/mm³ (N 85 %), LDH 1179 U/L, ADA 76 U/L, glucosa 39 mg/dl, proteïnes 2.6 g/dl, pH 7.6, PCR micobacteris, BK i citologia negatives. BK d'esput (4/6) positius. FBS: BK de BAS positiu, PCR micobacteris positiva. TC toràcica: nòduls i cavitacions bilaterals de paret gruixuda, vessament pleural dret. LOWESTEIN positiu per a M. Kansasii (esputo 4/6, BAS i líquid pleural). Tractament: insulinoteràpia, fluidoteràpia ev, isoniazida, rifampicina, etambutol. Bona evolució.

Discussió. La incidència de PES en la HCL és de 4 a 17 %. La patogènesi és per ruptura de quists apicals subpleurals. Si no es realitza pleurodesi, la recurrència arriba al 58 % (Méndez et al, sèrie de 102 pacients, CHEST 2004). El PES és una complicació freqüent en la fase fibròtica de MPM, per ruptura de bulles subpleurals. Molt infreqüent en la fase activa, amb una incidència que varia del 0.6 al 1.4 % (1.29 % según M. Molina et al, sèrie de 193 pacients amb TB pulmonar, Anales M. Interna 2001). El mecanisme seria la formació d'una fístula broncopleural, per necrosi caseosa. En el nostre pacient, els vòmits i la respiració acidòtica van poder ser factors coadjuvants.

Conclusions. En un home, de mitjana edat, fumador, amb patró intersticial o cavitari, cal considerar tant la HCL (algoritmo de Vassallo et al. NEJM 2000) com la MPM (criterios ATS 1997) en el diagnòstic diferencial de PES.

V-16

SALES DE CONSUM DE DROGUES PER VIA INTRAVENOSA: L'EXPERIÈNCIA DE BARCELONA

C. Morcillo¹, J. Delás³, R. Velarde⁴, O. Díaz⁴, N. Parra², M. Aguas⁴, M. Pons³

¹Servei de Medicina Interna. Centro Internacional de Medicina Avanzada, S. A. (CIMA). Barcelona

²Unitat de Recerca.. Sant Joan de Déu-Serveis de Salut Mental. Sant Boi de Llobregat (Barcelona)

³Servei de Medicina Interna. Hospital Universitari Sagrat Cor. Barcelona ⁴SAPS. Creu Roja Barcelona

Objectius. Presentem l'experiència d'una sala de consum de drogues iv, supervisada per personal sanitari, en termes de sociodemografia dels usuaris i presència de reaccions adverses agudes evidenciades.

Material i Mètodes. Estudi descriptiu observacional transversal realitzat durant el primer any de funcionament (2003-2004) a una sala d'administració iv de drogues supervisada per personal sanitari a Barcelona ciutat. S'inclogueren a l'estudi 410 persones, usuaris habituals de la sala. De tots ells es recolliren variables sociodemogràfiques, tipus de droga consumida (cocaïna, heroïna o speed-ball), freqüència de consum, quantitat administrada i dades relacionades amb la simptomatologia clínica d'aparició immediata post-



XIII Barcelona

consum. Es realitzà una anàlisi d'estadística descriptiva i inferencial univariada entre la simptomatologia presenciada després de l'administració de la droga i el tipus de substància consumida. Les anàlisis es van processar mitjançant el paquet estadístic SPSS 15.0.

Resultats Durant el primer any de funcionament, la sala ha estat utilitzada en 3653 ocasions per 410 persones [273 (66,6%) homes]. Atenent el conjunt de reaccions adverses immediates després del consum (160 en total; 23,1% atribuïbles a cocaïna, 70% a heroïna i 6,9% a speed-ball) i considerant els tres tipus de substàncies, independentment de la quantitat consumida i el temps d'evolució de l'addicció, no es va produir cap mort. Del total de consums (3653) i tenint també present totes les substàncies sense ponderar per quantitat administrada i temps d'evolució de l'addicció, la disminució del nivell de consciència es produí en el 1,8%, la disminució de la freqüència respiratòria en el 1,0%, sudoració profusa en el 0,5%, nàusees i vòmits en el 0,4%, idees desorganitzades en el 0,4%, taquicàrdia en el 0,2,% i convulsions en el 0,1%. Tenint present el tipus de substància consumida, s'apreciaren diferències estadísticament significatives ($p < 0,05$) a cadascun dels símptomes recollits (Taula 1).

Discussió. La sala de consum supervisat permet conèixer en primera persona les manifestacions clíniques més freqüents, detectar situacions d'urgència i a partir d'aleshores, potenciar l'entrenament del professional sanitari per a abordar-les satisfactòriament. Però el més important és que no hi ha cap mort. El paper de l'internista és important en aquestes dispositius sanitaris.

Conclusions. La simptomatologia més freqüentment observada és l'alteració del nivell de consciència. L'assistència in situ dels usuaris que experimenten qualsevol tipus de reacció no només permet millorar la qualitat de l'atenció vers el consumidor sinó que proporciona una font de dades epidemiològiques fidedigna.

Taula 1. Reaccions adverses en funció del tipus de droga (V-16)

	Cocaïna [N(%)]	Heroïna [N(%)]	Speed-ball [N(%)]	Total [N(%)]	p
Alteracions de la consciència	3 (8,1)	60 (53,6)	2 (18,2)	65 (40,6)	<0,05
Alteracions del ritme respiratori	0 (0,0)	36 (32,1)	0 (0,0)	36 (22,5)	<0,05
Vegetatisme	10 (27,0)	10 (8,9)	4 (36,4)	24 (15,0)	<0,05
Nàusees i vòmits	9 (24,3)	4 (3,6)	1 (9,0)	14 (8,7)	<0,05
Deliri	7 (18,9)	2 (1,8)	4 (36,4)	13 (8,1)	<0,05
Taquicàrdia	8 (21,6)	0 (0,0)	0 (0,0)	8 (5,0)	<0,05

XIII Congrés de la Societat Catalano-Balear de Medicina Interna

INFORMACIÓ GENERAL

◀SEU DEL CONGRÉS▶

Fira de Barcelona Gran Vía
Centre de Convencions Palacio 4
Avgda. Juan Carlos I, 58 · 08908 L'Hospitalet de Llobregat , Barcelona
Tel: 902 233 200 · Fax: 93 233 21 98
e-mail: info@firabcn.es · web: www.firabcn.es

DATA: 21 –23 maig de 2009

ORGANITZA: Societat Catalano-Balear de Medicina Interna



◀PRESIDENT COMITÈ ORGANITZADOR▶

[Dr. Ferrán García-Bragado Dalmau](#)
Servei de Medicina Interna
Hospital Universitari de Girona Dr. Josep Trueta
Avgda. de França, s/n
17007 Girona
tfno: 972 94 02 51
e-mail: fgarciabragado.girona.ics@gencat.cat

◀SECRETARIA TÈCNICA▶



S&H Medical Science Congress
C/ Espronceda 27, 1º C · 28003 Madrid
tfno:91 535 71 83 · fax:91 181 76 16
e-mail: congresos@shmedical.es · Pàgina web : www.shmedical.es

◀HOTELS I VIATGES▶

Viajes Yacaré.
C/ Ríos Rosas, 54. 28003 Madrid
Tel: 91 534 62 25 – 91 534 0803 Fax.: 91 534 81 40
e´mail.: viajesyacare@e-savia.net

◀INSCRIPCIONS▶

Preguem formalitzin la inscripció amb antelació al Congrés per a una millor organització. La inscripció es donarà per formalitzada un cop s'hagin satisfet els drets de la mateixa.

◀DOCUMENTACIÓ▶

Dijous 21 de maig de 2009 s'entregarà la documentació del Congrés a partir de les 08:30 hores.

◀IDENTIFICACIÓ▶

Cada congressista disposarà d'una tarja d'identificació individual i intransferible. És imprescindible presentar-la per poder accedir a la seu del Congrés i quedar-s'hi.

◀CERTIFICATS D'ASSISTÈNCIA▶

Els certificats d'assistència s'entregaran el divendres, 22 de maig a partir de les 15:00 hores.



XIII Barcelona

◀IDIOMA▶

L'idioma oficial del XIII Congrés SCMI serà el català. Hi haurà traducció simultània anglès/espanyol/anglès

◀EXPOSICIÓ CIENTÍFICA▶

Durant els dies del Congrés tindrà lloc una exposició científico-tècnica de les Cases Comercials i els Laboratoris Farmacèutics.

Horari:

21 maig 2009:	09:00 – 14:30 hores y 16:30 – 19:30 hores
22 maig 2009:	09:00 – 14:30 hores y 16:30 – 19:30 hores
23 maig 2009:	09:00 – 14:30 hores

◀PAUSA-CAFÈ▶

Els cafès se serviran a les zones d'exposició comercial

◀DINARS DE FEINA▶

Tindran lloc a la seu del Congrés essent imprescindible la presentació de l'acreditació corresponent.

◀RECEPCIÓ DE PONÈNCIES▶

Les ponències han de ser lliurades en la Secretaria Tècnica, com a mínim 2 hores abans que comenci les sessions científiques.

◀PREMIOS▶

Durant el Congrés s'atorgaran dos premis:

- Premi Farretas Valenti a la millor comunicació oral.
- Premi Dalmau Ciria al millor pòster.

Ambdós compten amb una dotació de 600 euros.

Actuaran com a jurat els membres dels Comitès Organitzador i Científic es lliuraran el dia de la clausura.

◀COL·LABORADORS▶

Actelion

AstraZeneca

Bayer Healthcare

Boehringer Ingelheim

Genzyme

GlaxoSmithKline

Merck Sharp & Dohme

Novartis

Novo-Nordisk

Otsuka

Sanofi-Aventis



SOCIETAT
CATALANOBALEAR
—
MEDICINA INTERNA



Bayer HealthCare
Bayer Schering Pharma



Secretaría Técnica:
S&H Medical Science Congress
c/ Espronceda, 27, 1º A y Ático. 28003 Madrid
Tfno.: 91 535 71 83 • Fax: 91 181 76 16
e-mail: congresos@shmedical.es