IV REUNIÓN DE PRIMAVERA DE LA SOCIEDAD DE MEDICINA INTERNA DE NAVARRA, ARAGÓN, LA RIOJA Y PAÍS VASCO.
Benasque, 24-25 de mayo de 2007.

Sociedad de Medicina Interna | Aragón Navarra La Rioja País Vasco

Nombre de la comunicación: ENDOCARDITIS POR KLEBSIELLA OXYTOCA

Autores: Muñoz M., Aibar M., de Escalante B., Olivera S., Martín M.P., Marín A.

Centro de trabajo: HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO "LOZANO BLESA" ZARAGOZA
SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

Persona y dirección de contacto:
D/Dª. Begoña de Escalante Yangüela
Calle Pº Cuellar, 13, 1º izda.
Ciudad: Zaragoza
Código Postal: 50007
Provincia Zaragoza
e-mail: bescalantester@gmail.com

Las endocarditis infecciosas (EI) por *Klebsiella spp* son muy poco frecuentes y las debidas a *K. oxytoca* son extremadamente raras. Su mortalidad es muy elevada cuando se retrasa el diagnóstico (49%) y más del 40% requieren recambio valvular.
Presentamos el caso de un paciente de 75 años con insuficiencia renal crónica y alergia grave a Penicilina y derivados y Cefalosporinas. Fue intervenido de forma programada de aneurisma de aorta abdominal (AAA) infrarrenal de 45 mm y se le colocó enoprótesis aortoilíaca izda y by-pass femoro-femoral. Trece días después inició un cuadro de fiebre de hasta 39,5º. Tras descartar infección protésica mediante TAC abdominal y gammagrafía con leucocitos marcados se obtuvieron cultivos positivos a S. epidermidis de la herida quirúrgica, drenaje y urocultivo y en 2 Hemocultivos se aisló *Klebsiella oxytoca.* Debido a su alergia a Penicilina y Cefalosporinas fue tratado con Ciprofloxacino, Gentamicina y Teicoplanina a dosis ajustadas sin buena respuesta clínica. Se solicitó colaboración a Medicina Interna y en 2 nuevas muestras se aisló de nuevo K. oxytoca. El urocultivo fue negativo. La Rx torax mostró cardiomegalia sin imágenes de condensación. En Ecografía abdominal se comprobó hepatomegalia lisa de 9 cm sin apreciar patología biliopancreática. En ecocadiograma transtorácico se visualizó sobre válvula aórtica una imagen de 6 mm sugestiva de vegetación, que se comprobó en la Ecografía transesofágica (ETE). El paciente, tras valoración por Alergología, fue tratado con Imipenem durante 6 semanas y Gentamicina a dosis ajustadas durante 2 semanas y siguió una evolución favorable con desaparición de la fiebre y negativización de los hemocultivos. Tras 6 meses de seguimiento sigue afebril con buena evolución clínica y en la nueva ETE no se aprecia daño valvular significativo.
En este paciente la manipulación quirúrgica sobre el AAA parece ser el origen de la bacteriemia y posterior colonización sobre válvula aórtica.

IV REUNIÓN DE PRIMAVERA DE LA SOCIEDAD DE MEDICINA INTERNA DE NAVARRA, ARAGÓN, LA RIOJA Y PAÍS VASCO.
Benasque, 24-25 de mayo de 2007.

Sociedad de Medicina Interna | Aragón Navarra La Rioja País Vasco

Nombre de la comunicación: ¿ES EL DOLOR DORSOLUMBAR SUBSIDIARIO DE TRATAMIENTO EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA?

Autores: G. Pérez Vázquez, L. García Aragón, T. Espallargas Doñate, JC. Roncal Buj, M. Díaz Hurtado, A. Vidal Tolosa, A. Gascón Mariño, E. Iglesias Quirós.

Centro de trabajo: Hospital General "Obispo Polanco", Teruel.

Persona y dirección de contacto:
D/Dª. Gloria Pérez Vázquez
Avda/ Sanz Gadea 9, 9º Izda
Ciudad: Teruel
Código Postal: 44002
Provincia Teruel
e-mail: gloriapervaz@gmail.com

INTRODUCCIÓN: El dolor dorsolumbar no suele ser una patología habitual en Medicina Interna, sin embargo ante determinados signos de alarma como son edad mayor 50 años, fiebre, repercusión general, inmunosupresión, DM, alcoholismo, dolor de más de cuatro semanas que no responde a tratamiento, traumatismo local, infección concomitante hemos de estar alerta por posibles etiologías no traumatológicas que requieran tratamiento médico. OBJETIVOS: Presentación de estudio retrospectivo de espondilodiscitis vertebral en nuestro hospital desde 1990 a 2006. MATERIAL Y MÉTODOS: Analizamos cuatro casos con espondilodiscitis vertebral atendidos por el Servicio de Medicina Interna en colaboración con el Servicio de Traumatología mediante el programa HP Doctor. RESULTADOS: Caso A: varón 75 años, con antecedentes HTA, DMNID y cardiopatía isquémica. Tras realización de artrodesis lumbar desarrolló espondilodiscitis de L3-L4, en TC columna, que requirió tratamiento empírico con tobramicina y cefotaxima, con aislamiento de *S. aureus*. Caso B, varón 61 años, DMNID, que ingresa por ciatalgia derecha refractaria a analgesia habitual, el TC columna muestra espondilodiscitis de L2-L3 con fistulización y absceso en psoas derecho, se inició tratamiento empírico con tobramicina y piperacilina-tazobactam junto con ortesis mecánica de sujeción, no aislado germen causal. Caso C, mujer 67 años, diverticulosis colónica, ingresa por dorsalgia refractaria, el TC columna objetiva espondilodiscitis de D8-D9 y D9-D10, compatible con tuberculosis con absceso osifluente paraespinal derecho, tratado con rifampicina y etambutol dosis-peso durante un año. Caso D, varón 23 años, marroquí, ingresa por dorsalgia de 3 meses de evolución, el TC columna muestra espondilodiscitis en D8-D9 e inflamación de tejido perivertebral, tratado con rifampicina, etambutol, isoniacida y piracinamida dosis-peso, con aislamiento de *M. tuberculosis complex* mediante PAAF con PCR para RNAm. Todos los casos fueron remitidos a Unidad de Columna para drenaje con buena evolución clínica. CONCLUSIONES: La espondilodiscitis vertebral representa el 2-7 % de las infecciones óseas, con mayor incidencia entre 60 y 70 años, siendo de difícil diagnóstico ya que su principal síntoma es el dolor. Es necesaria la colaboración entre los Servicios de Medicina Interna y Traumatología para el tratamiento global de esta patología.

IV REUNIÓN DE PRIMAVERA DE LA SOCIEDAD DE MEDICINA INTERNA DE NAVARRA, ARAGÓN, LA RIOJA Y PAÍS VASCO.
Benasque, 24-25 de mayo de 2007.

Sociedad de Medicina Interna | Aragón Navarra La Rioja País Vasco

Nombre de la comunicación: ESTUDIO RETROSPECTIVO DE CARBUNCO EN EL HOSPITAL GENERAL DE TERUEL (1996-2006).

Autores: G. Pérez Vázquez, L. García Aragón, MC. Juyol Rodrigo, M. González Penabad, M. Díaz Hurtado, A. Vidal Tolosa, A. Gascón Mariño, E. Iglesias Quirós.
Centro de trabajo: Hospital General "Obispo Polanco", Teruel.

Persona y dirección de contacto:
D/Dª. Gloria Pérez Vázquez
Avda/ Sanz Gadea Nº 9 9º izda
Ciudad: Teruel
Código Postal: 44002
Provincia Teruel
e-mail: gloriapervaz@gmail.com

INTRODUCCIÓN: La forma de infección más frecuente por *Bacillus Anthracis* es la cutánea tras el contacto con un animal. Como no existen informes seguros de carbunco, y en muchos casos tal vez nunca se establezca el diagnóstico, se desconoce su frecuencia real en el mundo. Además tampoco existen estudios epidemiológicos publicados que analicen su incidencia en España. OBJETIVOS: Presentación de estudio retrospectivo de 1996 a 2006, de infecciones cutáneas sugestivas de carbunco atendidas en nuestro centro. MATERIAL Y MÉTODOS: Se analizaron todos los casos de infecciones cutáneas atendidas desde el año 1996 a 2006 mediante el programa HP Doctor. RESULTADOS: 34 pacientes ingresados con diagnóstico de sospecha de carbunco. Diagnóstico de certeza mediante análisis microbiológico positivo para *B. anthracis* en 6 casos (17.65%), 5 con infección concomitante *S. aureus* (14.71%) y 1 con *S. epidermidis* (2.94%). En un caso (2.94%) se realizó biopsia positiva para *B. anthracis*, y un caso anticuerpos positivos. Distribución por sexos: 32 hombres (94.12%). Distribución por grupos de edad: menores 40 años 13 casos (38.24%), 41-60 años 15 casos (44.12%), mayores de 60 años 5 casos (14.71%). Distribución estacional: invierno 9 casos (26.47%), primavera 14 casos (41.18%), verano 6 casos (17.65%), otoño 5 casos (14.71%). Distribución por casos-año: 0 casos en 2002 y 2003, 1 caso en 2001 y 2005, 2 casos en 1996 y 1999, 4 casos en 1997 y 2006, 5 casos en 1998, 7 casos 2004 y 8 casos en 2000. Actividad laboral: 18 ganaderos, 11 pastores (conjunta 85.29%). Localización anatómica: 30 casos extremidad superior (88.24%), 3 extremidad inferior (8.82%), 1 tórax (2.94%). En todos los casos se inició antibioterapia empírica, con amoxicilina clavulánico en 23 casos (67.65%), ciprofloxacino en 5 casos (14.71%), penicilina en 4 casos (11.76%), y doxiciclina en 2 casos (5.88%). En un caso (2.94%) hubo afectación gastrointestinal con hemorragia digestiva alta. No hubo ningún exitus. CONCLUSIONES: En todas las lesiones cutáneas papulares debe hacerse diagnóstico diferencial con carbunco. El clínico que obtiene una historia epidemiológica cuidadosa y sospecha con firmeza carbunco no tendrá problemas para establecer el diagnóstico de sospecha de carbunco cutáneo, en nuestra muestra el diagnóstico de certeza fue obtenido en 6 casos (17.65%). La incidencia fue mayor en hombres con actividad ganadera (85.29%), sobre todo en de primavera (41.18%), en el grupo de edad entre los 41 y 60 años (44.12%).

IV REUNIÓN DE PRIMAVERA DE LA SOCIEDAD DE MEDICINA INTERNA DE NAVARRA, ARAGÓN, LA RIOJA Y PAÍS VASCO.
Benasque, 24-25 de mayo de 2007.

Nombre de la comunicación: INFECCIÓN CEREBRAL POR LISTERIA MONOCYTOGENES, A PROPÓSITO DE UN CASO

Autores: G. Pérez Vázquez, L. García Aragón, A. Gascón Mariño, E. Iglesias Quirós, M. Díaz Hurtado, A. Vidal Tolosa, FJ. Lerín Sánchez, PJ. Sánchez Santos, JM. Sanz Asín.

Centro de trabajo: Hospital General "Obispo Polanco", Teruel.

Persona y dirección de contacto:
D/Dª. Gloria Pérez Vázquez
Avda Sanz Gadea nº 9, 9º Izda
Ciudad: Teruel
Código Postal: 44002
Provincia: Teruel
e-mail: gloriapervaz@gmail.com

INTRODUCCIÓN: En nuestro medio, la infección por *Lysteria Monocytogenes* se adquiere mediante la ingesta de alimentos contaminados, se denomina rombencefalitis. Se caracteriza por una presentación bifásica, con cefalea, vértigo y fiebre sin signos meníngeos que en 10 días evoluciona hacia una afectación asimétrica de los nervios intracraneales, cerebelo y tronco con afectación del nivel de conciencia e incluso parada cardiorrespiratoria. OBJETIVOS: Describir un caso de rombencefalitis aguda en paciente adulto ingresado en el Servicio Medicina Interna en el año 2006. MATERIAL Y MÉTODOS: Varón de 40 años que ingresa en nuestro servicio con cefalea frontal, diplopia y disestesias en hemicuerpo izquierdo. A la exploración presenta Glasgow 15, afectación musculatura oculomotora derecha, parestesia proximal bilateral, reflejos osteotendinosos exacerbados sin signos meníngeos. A las 48 horas presenta disfagia severa y afectación respiratoria que requiere traslado a UCI. Se realiza TC craneal urgente que muestra hipodensidad en región cerebelosa anterior izquierda con extensión al pedúnculo y protuberancia. La RMN muestra lesión expansiva troncoencefálica que afecta a bulbo, pedúndo y cerebelo izquierdo. Ante estos hallazgos se inicia tratamiento antibiótico empírico con Amoxicilina 1g/8h y gentamicina 7mg/kg/24h, con buena evolución clínica y regresión de lesiones en control radiológico posterior (a las 2 semanas). Se obtuvieron hemocultivos, cultivo de líquido cefalorraquídeo y coprocultivos negativos. CONCLUSIONES: La incidencia anual de rombencefalitis por *L. Monocytogenes* es muy baja (0.7*10^6 hab), sin embargo es tres veces mayor en mayores de 70 años e inmunocomprometidos y 17 veces mayor en mujeres embarazadas, con una supervivencia con tratamiento antibiótico empírico adecuado mayor al 75 %, pero un 60 % de los mismos desarrolla secuelas. Es necesario por ello iniciar tratamiento antibiótico empírico a partir de los hallazgos radiológicos, en espera de confirmación microbiológica (aislamiento en líquido cefalorraquideo o PCR), que en muchos casos no es concluyente.

IV REUNIÓN DE PRIMAVERA DE LA SOCIEDAD DE MEDICINA INTERNA DE NAVARRA, ARAGÓN, LA RIOJA Y PAÍS VASCO.
Benasque, 24-25 de mayo de 2007.

Sociedad de Medicina Interna | Aragón Navarra La Rioja País Vasco

Nombre de la comunicación: INSUFICIENCIA RENAL AGUDA SECUNDARIA A GASTROENTERITIS POR SALMONELLA.

Autores: G. Pérez Vázquez, L. García Aragón, A. Gascón Mariño, E. Iglesias Quirós, M. Díaz Hurtado, A. Vidal Tolosa.

Centro de trabajo: Hospital General "Obispo Polanco", Teruel.

Persona y dirección de contacto:
D/Dª. Gloria Pérez Vázquez
Avda/ Sanz Gadea nº 9ºIzda
Ciudad: Teruel
Código Postal: 44002
Provincia Teruel
e-mail:gloriapervaz@gmail.com

INTRODUCCIÓN: En nuestro medio, la *Salmonella enteritidis* es un germen frecuentemente implicado en el desarrollo de gastroenteritis aguda. Existen descripciones de casos clínicos aislados de insuficiencia renal aguda (IRA) por gastroenteritis (GEA) por salmonella, aunque prácticamente no hay publicaciones de series de pacientes que analicen esta complicación extraintestinal. OBJETIVO: Describir una serie de pacientes ingresados por IRA secundaria a GEA por *Salmonella enteritidis* entre los años 1998-2004. MATERIAL Y MÉTODOS: 24 pacientes ingresados por IRA y GEA (coprocultivo positivo para *Salmonella enteritidis*). Distribución por sexo: 18 varones y 6 mujeres. Edad media: 65+/-19 años. En todos los ingresos se recogieron datos clínicos y analíticos tanto al ingreso como al alta. Se definió como IRA valores de creatinina sérica superiores a 2.0 mg/dl. RESULTADOS: Las cifras medias de urea y creatinina al ingreso 153+/-70 mg/dl y 4.4+/-2.4 mg/dl y al alta 54.5+/-25.7 mg/dl y 1.2mg/dl, respectivamente. El sodio y el potasio séricos al ingreso eran de 136+/-5 mEq/l y 3.9+/-0.6 mEq/l, respectivamente. El bicarbonato sérico fue de 18.5+/-5.0 mEq/l. Los días de evolución del síndrome diarreico antes de acudir a urgencias: 3.2+/-1.6 días. La media de días de ingreso fue de 9.5+/-4.2 días. 6 pacientes presentaron hemocultivos positivos para *Salmonella enteritidis*. Uno de los pacientes de avanzada edad (88 años) fue exitus. Ninguno de los pacientes presentó rabdomiolisis. Todos los pacientes recibieron tratamiento antibiótico con ciprofloxacino y recuperaron la función renal sin precisar tratamiento hemodialítico. Al realizar un estudio comparativo entre los pacientes menores y mayores de 65 años (n=10 y 14) éstos últimos se caracterizaron por presentar mayor urea al ingreso (123+/-36 vs 174+/-80 mg/dl, p=0.0768), con una mayor tendencia a la hipopotasemia (4.2+/-0.5 vs 3.7+/- 0.6 mEq/l, p=0.036) teniendo más días de evolución del síndrome diarreico previos a urgencias (2.5+/-1.7 vs 3.8+/-1.5 días, p= 0.079). Al comparar los pacientes que presentaron bacteriemia con los que no (n=6 y 18), los primeros se caracterizaban por ser de mayor edad (76+/-16 años vs 36+/-19 años, p=0.1241). CONCLUSIÓN: En nuestra área de salud es relativamente frecuente que la GEA por *Salmonella enteritidis* se complique con IRA, se precisan más estudios epidemiológicos.

IV REUNIÓN DE PRIMAVERA DE LA SOCIEDAD DE MEDICINA INTERNA DE NAVARRA, ARAGÓN, LA RIOJA Y PAÍS VASCO.
Benasque, 24-25 de mayo de 2007.

Sociedad de Medicina Interna | Aragón Navarra La Rioja País Vasco

Nombre de la comunicación: Alucinaciones visuales secundarias a tratamiento con voriconazol: Revisión de un caso

Autores: P.Fanlo, G.Tiberio, A del Prado, M. Arteaga, I.Torres.

Centro de trabajo: Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen del Camino. Pamplona.Navarra.

Persona y dirección de contacto:
D/Dª. Patricia Fanlo Mateo.
Calle Benjamín de Tudela , nº 37 1ºC.
Ciudad:Pamplona
Código Postal:31008
Provincia Navarra
e-mail:patriciafanlo@yahoo.es

INTRODUCCIÓN

El voriconazol es un antifúngico derivado triazólico fluorado denominado como “azoles de segunda generación”, este compuesto de relativa novedad es un agente indicado especialmente en el tratamiento de la aspergillosis invasiva. Dentro de los efectos secundarios las alteraciones visuales (visón borrosa, fotofobia , alteración de la percepción de los colores) , son las más frecuentes llegando hasta el 45% de los casos. En raras ocasiones se han descrito alucinaciones de tipo visual o auditivas como efecto secundario.

CASO CLÍNICO

Paciente varón de 80 años con antecedentes personales de EPOC tipo enfisema en tratamiento con oxigenoterapia domiciliaria con ingreso previo 15 días antes en Neumología por neumonía que ingresa en nuestro servicio por cuadro de aumento de su disnea basal acompañado de tos con expectoración amarillenta de 15 días de evolución .En el cultivo de esputo se aisla un hongo filamentoso correspondiente a Aspergillus Fumigatus. Por lo que se inicia tratamiento con voriconazol endovenoso a dosis inicial de 6 mg/kg/ 12 h iv y posteriormente reduciendo al segundo día la dosis de 4 mg/kg/12 h iv. Tras la tercera dosis de tratamiento el paciente comienza con cuadro de falsas percepciones visuales consistentes en visualizar la habitación llena de gente. Ante la sospecha de posible efecto secundario se suspendió el tratamiento con voriconazol y se inició tratamiento con itraconazol remitiendo la sintomatología a las 24 horas de retirada del voriconazol. Durante el ingreso se descartaron posibles causas orgánicas de delirium así como patología psiquiátrica.

CONCLUSIONES

Dentro de los efectos secundarios poco habituales del tratamiento con voriconazol podemos encontrar las alucinaciones visuales que como en nuestro caso se resolvieron tras la suspensión del tratamiento.

IV REUNIÓN DE PRIMAVERA DE LA SOCIEDAD DE MEDICINA INTERNA DE NAVARRA, ARAGÓN, LA RIOJA Y PAÍS VASCO.
Benasque, 24-25 de mayo de 2007.

Sociedad de Medicina Interna | Aragón Navarra La Rioja País Vasco

Nombre de la comunicación: NEFROPATIA PALUDICA: UNA MANIFESTACIÓN POCO CONSIDERADA

Autores: Jiménez Sáenz J, López Lancis A, Jiménez- Muro Pérez-Situé J, García de Paso Remón P, Cabeza Lambán F.

Centro de trabajo: Hospital Nuestra Señora de Gracia. Zaragoza.

Persona y dirección de contacto:
D/Dª. Juana Jiménez Sáenz
Calle Ramón y Cajal 60
Ciudad:Zaragoza
Código Postal: 50004
Provincia ZARAGOZA
e-mail:

Caso Clínico: Se trata de un varón de 33 años natural de Nigeria con residencia en España desde hace 9 años y con antecedentes de un viaje reciente al país natal. Dado de alta hace 10 días de otro Hospital con diagnóstico de paludismo por Plasmodium falciparum que fue tratado con quinina y doxiciclina, con buena respuesta desde el punto de vista clínico. A su ingreso en nuestro Hospital refiere aumento del perímetro abdominal en la última semana y abdominalgia difusa. En la exploración destaca matidez a la percusión abdominal y signos de oleada ascítica positiva. Se confirma ecográficamente la existencia de moderada cantidad de liquido ascítico. Durante su estancia en planta presenta edemas maleolares con fóvea de carácter progresivamente ascendentes. Se realiza paracentesis diagnóstica, obteniéndose un liquido de color blanquecino. En el estudio analítico de sangre y orina se objetivan datos de insuficiencia renal (Cr 6,2 mg/dl y urea 78 mg/dl) e hipoproteinemia junto a proteinuria de rango nefrótico (17190 mg/24 horas).
Con estos hallazgos clínicos, se solicita colaboración al Servicio de Nefrología del Hospital Miguel Servet para realización de biopsia renal diagnóstica ante la sospecha de nefropatía en relación con infección palúdica reciente.
La biopsia demuestra esclerosis de más del 70% de los glomérulos, en los glomérulos conservados se describen lesiones compatibles con afectación intersticial probablemente crónica, además se observan datos de necrosis tubular en diferentes fases de actividad. Las técnicas de inmunofluorescencia demuestran depósitos granulares, mesangiales y pericapilares de Ig M (+++) C3 y C1q (++).

Discusión: El fallo renal en la malaria es una complicación menos tenida en cuenta que la anemia o la malaria cerebral. Es escasa la literatura a cerca de la afectación renal como manifestación del paludismo. En nuestro caso los resultados anatomopatológicos muestran de forma concomitante tres mecanismos etiopatogénicos diferentes responsables de la neuropatía palúdica.

IV REUNIÓN DE PRIMAVERA DE LA SOCIEDAD DE MEDICINA INTERNA DE NAVARRA, ARAGÓN, LA RIOJA Y PAÍS VASCO.
Benasque, 24-25 de mayo de 2007.

Sociedad de Medicina Interna | Aragón Navarra La Rioja País Vasco

Nombre de la comunicación: OFTALMOPLEJIA DOLOROSA: A PROPOSITO DE UN CASO.

Autores: Dolz Aspas R., Sanz Asin JM, López López A., Mouronval Morales L., Pérez Vázquez G., Fernández Alaman A.

Centro de trabajo:Servicio de Medicina Interna. Hospital Obispo Polanco. Teruel

Persona y dirección de contacto:
D/Dª. Raquel Dolz Aspas
Calle Avda Ruiz Jarabo SN
Ciudad:Teruel
Código Postal:44002
Provincia Teruel
e-mail:rdolz@salud.aragon.es

Mujer de 74 años de edad con antecedentes personales de Fiebre tifoidea, herpes zoster intercostal izquierdo en mayo del 2002, gonartrosis, intervenida quirúrgicamente de quiste abdominal, apendicectomia e intervención neuroquirúrgica vía nasal de tumoración retroorbitaria hace años, de la que no aporta informes. Remitida por un cuadro de siete días de evolución de intenso dolor en región orbitaria derecha, que dos días después del inicio asocia diplopia, fotofobia y ptosis palpebral derecha.

En la exploración física presenta buen estado general, un glasgow normal sin evidencia de afectación de vías motoras largas ni alteración en la deambulación, ptosis palpebral derecha completa, fotofobia intensa y estrabismo divergente con posición fija del ojo en exoforia e infravergencia, con paresia de III y IV par craneal con disminución de surcos frontales derechos, sin una clara paresía del VII par. Pulsos temporales palpables y simétricos. El resto de exploración física fue normal.

Hemograma y bioquímica sin alteraciones. VSG 16, estudio de coagulación sin alteraciones, estudio hormonal TSH, LH, FSH, Prolactina, GH, ACTH normal. Rx tórax sin alteraciones, Tomografía axial computerizada (TAC) cerebral, Angioresonancia y RNM cerebral sin alteraciones.

Se inicia tratamiento con prednisona oral a dosis de 60 mg diarios, con mejoría motora y disminución del dolor que queda circunscrito a la zona intraocular lateral derecha, en relación con el movimiento ocular y fotofobia.

Discusión:

El síndrome de Tolosa-Hunt fue descrito en 1954 caracterizado por un intenso dolor orbitario unilateral, disfunción de los nervios oculomotores y de la rama oftálmica del trigémino. Oftalmoplejia dolorosa causada por una inflamación granulomatosa del seno cavernoso anterior que se caracteriza por tener una respuesta espectacular a los corticoides. La RNM cerebral muestra en algunos casos un engrosamiento especifico del seno cavernoso aunque puede ser normal.

IV REUNIÓN DE PRIMAVERA DE LA SOCIEDAD DE MEDICINA INTERNA DE NAVARRA, ARAGÓN, LA RIOJA Y PAÍS VASCO.
Benasque, 24-25 de mayo de 2007.

Sociedad de Medicina Interna | Aragón Navarra La Rioja País Vasco

Nombre de la comunicación: POLIFARMACIA Y SINDROME SEROTONINERGICO

Autores: Dolz Aspas, R., Juyol Rodrigo, M.C., Pérez Vázquez G., Fernández Alaman A., Gracia Sánchez P.

Centro de trabajo: Servicio de Medicina Interna. Hospital Obispo Polanco (Teruel)

Persona y dirección de contacto:
D/Dª. Raquel Dolz Aspas
Calle Avda Ruiz Jarabo SN
Ciudad: Teruel
Código Postal:44002
Provincia Teruel
e-mail:rdolz@salud.aragon.es

Cada vez es más frecuente que los pacientes ingresados en medicina interna sean pacientes polimedicados. Esta polifarmacia incrementa las posibilidades de reacciones adversas e interacciones medicamentosas en potencia.

El síndrome serotoninérgico es un cuadro motivo de gran interés y que en casos severos puede alcanzar una severa gravedad e incluso el fallecimiento del paciente.

Presentamos el caso clínico de una paciente de 56 años de edad en tratamiento habitual con Pentoxifilina, espironolactona, furosemida, paroxetina clorhidrato además de analgesia pautada por la clínica del dolor: parche transdermico de fentanilo, metamizol y gabapentina. Inicia tratamiento tuberculostático con rifampicina, isoniacida y pirazinamida, por aparición de paniculitis en extremidades inferiores con Mantoux positivo y anatomía patológica compatible con eritema indurado de Bazin.

La paciente comienza con cuadro de intensa acatisia, agitación motriz, con confusión, diaforesis, temblor, hiperreflexia, e incordinación, midriasis bilateral y cefalea occipital.

Ante la sospecha de síndrome serotoninérgico se suspende tratamiento tuberculoestático, y el inhibidor de la recaptación de serotonina además de administración de benzodiacepina con remisión del cuadro. Una vez estabilizada se reintroduce tratamiento con tueberculostáticos con buena tolerancia.

Los fármacos inhibidores de la serotonina son ampliamente utilizados por su buena tolerancia y pocos efectos secundarios.

El síndrome serotoninérgico se presenta tras la toma de inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) o inhibidores de la monoaminooxidasa (IMAO), pero también por otros fármacos como el litio, los antidepresivos tricíclicos, levodopa, analgésicos opiáceos, antibióticos, antieméticos, fármacos antimigrañosos, anticonvulsivantes e incluso productos de herboristeria. En este caso tanto el fentanilo como la isoniacida, que posee cierta actividad como inhibidor de la monoaminoxidasa (IMAO), contribuyeron a la aparición del mismo al interactuar con un inhibidor de la recaptación de serotonina, la paroxetina.

IV REUNIÓN DE PRIMAVERA DE LA SOCIEDAD DE MEDICINA INTERNA DE NAVARRA, ARAGÓN, LA RIOJA Y PAÍS VASCO.
Benasque, 24-25 de mayo de 2007.

Sociedad de Medicina Interna | Aragón Navarra La Rioja País Vasco

Nombre de la comunicación:" VALORACIÓN DE LOS MODELOS APRI Y FORNS PARA EL DIAGNÓSTICO NO INVASIVO DE FIBROSIS EN PACIENTES CON HEPATITIS C COINFECTADOS Y NO COINFECTADOS POR VIH".

Autores: FRANCISCO MARCILLA, GERMÁN LÓPEZ, CARLOS RAMOS, JUAN ANTONIO VELASCO, ANA BIELSA, MARIA RUIZ.

Centro de trabajo: HOSPITAL MIGUEL SERVET, ZARAGOZA

Persona y dirección de contacto:
D/. FRANCISCO MARCILLA CÓRDOBA
Calle REINA FABIOLA 22-24, 2H.
Ciudad: ZARAGOZA
Código Postal: 50008
Provincia ZARAGOZA
e-mail:FAMARCILLA@HOTMAIL.COM

INTRODUCCIÓN:

Los índices APRI y FORNS(IF) son modelos no invasivos utilizados para predecir fibrosis hepática en pacientes con hepatitis C crónica. La finalidad del estudio es confirmar el valor de estos modelos para predecir fibrosis significativa pudiendo así disminuir la necesidad de biopsias hepáticas en pacientes coinfectados o no por el VIH.

PACIENTES Y MÉTODOS:

La muestra la constituyen 60 pacientes, 33 de ellos co-infectados. El estadio histológico de fibrosis es reflejada mediante la clasificación METAVIR. Los índices APRI y FORNS son calculados mediante las fórmulas correspondientes a partir de datos de análisis clínicos obtenidos contemporáneamente a la biopsia, seis meses antes y seis meses después. Los puntos de corte de los índices son los propuestos por Wai y Forns. Mediante el programa G-Stat 2.0 se realiza el estudio estadístico.

RESULTADOS

Los valores de APRI <0,5 ó >1,5 e IF < 4,2 ó 6,9, indicativos de fibrosis leve o severa, sólo han podido aplicarse en el 53% y 49% de los casos respectivamente. Ningún índice ni parámetro de laboratorio se asocian significativamente con el grado de fibrosis en pacientes no co-infectados. En los pacientes con VIH encontramos las siguientes asociaciones: fibrosis histológica severa(F3-4) y mayor nivel de gammaglobulinas[24,5% vs 30%(p<0,05)] y GGT[77(46,5) vs 32(48,5)(p<0,05)], y una tasa menor de protrombina[72% vs 91%(p<0,05)] y plaquetas.10^6[129(40) vs 170(78)(p<0,05)]. Un índice de APRI<0,5 se observa en el 41,6% de los pacientes con fibrosis leve(F0-1) y en ningún paciente con fibrosis grave(F3-4)(p<0,05)[especificidad 100%; sensibilidad 41%, VPP 100% y VPN de 36,3%].

CONCLUSIONES

Estos modelos no son útiles para evitar biopsias hepáticas por su baja sensibilidad y valor predictivo negativo; únicamente sirven como orientación sobre el grado de fibrosis en pacientes co-infectados por el VIH.

IV REUNIÓN DE PRIMAVERA DE LA SOCIEDAD DE MEDICINA INTERNA DE NAVARRA, ARAGÓN, LA RIOJA Y PAÍS VASCO.
Benasque, 24-25 de mayo de 2007.

Sociedad de Medicina Interna | Aragón Navarra La Rioja País Vasco

Nombre de la comunicación: **VARON JOVEN CON SOPLO SISTOLICO Y BLOQUEO DE RAMA DERECHA**

Autores: Pilar Arellano Mayayo; Pablo Bellé Trullén; Victoria Eugenia Salas Ferrer; Tomás Labrador Fuster; Edmundo Molinero Herguedas.

Centro de trabajo: Hospital Comarcal de Alcañiz

Persona y dirección de contacto:
D/Dª. Pilar Arellano Mayayo
Calle Santo Dominguito de Val, 2, 3º Dcha
Ciudad: Zaragoza
Código Postal: 50001
Provincia: Zaragoza
e-mail: arellano.pilar@gmail.com

Presentamos el caso de un varón joven de 37 años completamente asintomático que es remitido desde atención primaria por el hallazgo de un soplo sistólico y un bloqueo completo de rama derecha en el electrocardiograma.
El ecocardiograma transtorácico reveló un desplazamiento apical de dos velos de la válvula tricúspida originando una insuficiencia tricuspidea de grado severo y una dilatación de cavidades derechas. El diagnóstico definitivo fue una Anomalía de Ebstein.
El caso descrito ilustra la vigencia de la exploración física y el electrocardiograma en la valoración del paciente sano para orientar una cardiopatía estructural.
La Anomalía de Ebstein es una cardiopatía congénita infrecuente que se define por la implantación anómala de algún velo de la válvula tricúspide. Las manifestaciones clínicas dependen del grado de desplazamiento valvular. Las formas graves cursan con cianosis o insuficiencia cardiaca desde el nacimiento. Las formas leves debutan en la 3ª- 4ª década de vida con palpitaciones, síncope o disnea de esfuerzo. No es excepcional que curse sin síntomas como en este caso.
El ecocardiograma ofrece el diagnostico definitivo. El pronóstico viene determinado por la aparición de fracaso ventricular derecho progresivo. Se recomienda el tratamiento quirúrgico cuando se deteriora la clase funcional.

IV REUNIÓN DE PRIMAVERA DE LA SOCIEDAD DE MEDICINA INTERNA DE NAVARRA, ARAGÓN, LA RIOJA Y PAÍS VASCO.
Benasque, 24-25 de mayo de 2007.

Nombre de la comunicación: HEMORRAGIA ALVEOLAR DIFUSA

Autores: M.V. BONILLA, E. MILLAN, R. DAROCA, J.L. PEÑA.

Centro de trabajo: HOSPITAL SAN PEDRO, LOGROÑO

Persona y dirección de contacto:
D/Dª: Maria V. Bonilla Hernández
Calle: Bretón de los Herrero, 28, 2 º B.
Ciudad: Logroño
Código Postal:26000
Provincia. Logroño
e-mail: mvbonilla@riojasalud.es

Paciente de 33 años, pakistaní, con antecedentes de valvulopatía mitroaórtica, que ingresa por fiebre de 2 meses de evolución, mialgias y pérdida de 28 kg de peso. En la exploración física destaca soplo sistólico panfocal. En la analítica presenta anemia microcítica, trombocitosis, leucocitosis, elevación de VSG y PCR. Insuficiencia renal leve, aumento policlonal de gammaglobulinas. Proteinuria no nefrótica y microhematuria. Hemocultivos, serologías, baciloscopias negativas. Marcadores tumorales negativos. ANA negativos. ANCA pendientes. Rx. tórax: posibles infiltrados pulmonares. Ecocardiograma: sin vegetaciones, destaca insuficiencia mitral severa y aórtica moderada. TAC abdominal: normal. TAC torácico: múltiples nódulos parenquimatosos pulmonares.

Al 7º día de ingreso comienza con esputos hemoptoicos, en cuantía rápidamente progresiva. Se objetiva empeoramiento de la función renal y de la anemia. Un nuevo TAC muestra un infiltrado alveolar difuso. Con la sospecha diagnóstica de hemorragia pulmonar por proceso autoinmune se administra de forma urgente un bolo iv de 1 gr de metilprednisolona. A las seis horas del inicio del cuadro presenta hemoptisis masiva, con desaturación e inestabilidad hemodinámica. Se instauran medidas de soporte, intubación y ventilación mecánica progresando a hemorragia pulmonar masiva e insuficiencia respiratoria intratable falleciendo pocas horas después.

Posteriormente se reciben estudios de autoinmunidad, p-ANCA (+), c-ANCA (-), Anti-MPO de neutrófilo (+), estableciéndose el diagnóstico de poliangeitis microscópica con capilaritis pulmonar.

Los principales síndromes de hemorragia alveolar difusa son: granulomatosis de Wegener, PAM, LES, síndrome de Goodpasture, hemosiderosis pulmonar idiopática y capilaritis pulmonar aislada. La PAM puede cursar con hemorragia pulmonar en un 12-30% de los casos, con una mortalidad precoz del 25%.

IV REUNIÓN DE PRIMAVERA DE LA SOCIEDAD DE MEDICINA INTERNA DE NAVARRA, ARAGÓN, LA RIOJA Y PAÍS VASCO.
Benasque, 24-25 de mayo de 2007.

Nombre de la comunicación: ESTUDIO DE CAUSAS DE MORTALIDAD EN EL AREA DE SALUD DE TUDELA EN EL PERIODO 1990-1999

Autores: Sara Magaña, Sonia Alcalde, Santiago Serrano, Teresa Rubio, Rebeca Ollés, Carmen Riba.

Centro de trabajo:
Hospital Reina Sofía. Tudela

Persona y dirección de contacto:
D/Dª. Teresa Rubio Obanos
Calle Pedriz nº 3
Ciudad: Tudela
Código Postal: 31500
Provincia Navarra
e-mail: mt.rubio.obanos@cfnavarra.es

Objetivo: Describir la mortalidad de la población del área de Salud de Tudela, estratificada por años y por las distintas causas. Valorar si en el periodo estudiado de 10 años, existen diferencias de mortalidad tanto numéricas como en función de las causas por las que se produce.
Diseño del estudio: Estudio retrospectivo realizando una revisión de todas las historias clínicas informatizadas de los pacientes fallecidos en el periodo entre los años 1990 y 1999 en función de la causa de muerte que consta en el informe hospitalario.
Resultados: pacientes fallecidos: 3316. Por enfermedades respiratorias fallecen 706, por enfermedades del aparato circulatorio: 542, por enfermedades del aparato digestivo 501 pacientes y el resto por otras enfermedades.
Dentro del grupo de enfermedades respiratorias se incluyen 706 pacientes: 47.10% fallecen por procesos crónicos, 26.62% por tumores, 22% fallecen por infecciones y el 4.10% por otras causas.
Los pacientes con exitus por enfermedades del aparato circulatorio se incluyen 542 pacientes falleciendo por insuficiencia cardiaca un 49.45%, 35.79% por cardiopatía isquémica, 15.86% por valvulopatías y 14.57% por otras causas.
Los pacientes con exitus por enfermedades del aparato digestivo son 501 pacientes: 49.50% fallecen por tumores, 22.75% fallecen a consecuencia de hemorragias digestivas. El resto por otras causas. 332 pacientes fallecen por enfermedades hepáticas, biliares y pancreáticas siendo el 45.96% por tumores
Conclusiones:
Dentro de las causas más prevalentes de mortalidad están las enfermedades del aparato respiratorio, las cardio-vasculares y las del aparato digestivo.
Valorando la historia clínica informatizada se puede conocer de forma objetiva las causas de mortalidad en el área estudiada.
Comparando la literatura revisada, no existen diferencias significativas con nuestros datos.

Maria Jose Esquillor Rodrigo, Vanesa Jarne Betrán, Jorge Gutiérrez Dubois, Aitziber Echeverría Echeverría, Angel Sampériz Legarre, Eustaquio Vergara, Fernando Escolar Castellón
Unidad de Hospitalización a Domicilio Servicio de Medicina Interna
Hospital Reina Sofía Tudela Navarra

Tratamientos realizados en los domicilios de pacientes ingresados en una Unidad de Hospitalización a Domicilio

INTRODUCCION: en la actualidad, algunas de las patologías que tradicionalmente han precisado ingreso hospitalario para instaurar tratamiento, gracias al desarrollo de las Unidades de Hospitalización Domiciliaria, es posible su manejo en el entorno familiar del paciente. Aquellos pacientes con patologías diagnosticadas y estabilizadas, se benefician del tratamiento domiciliario, evitando de este modo las complicaciones derivadas del ingreso hospitalario y mejorando el bienestar del paciente.

OBJETIVOS: analizar los tratamientos y procedimientos terapeúticos llevados a cabo en los domicilios, de todos aquellos pacientes ingresados en la Unidad de Hospitalización a Domicilio del Hospital Reina Sofía de Tudela.

MATERIAL Y METODOS: estudio descriptivo en el que se revisaron las 133 historias clínicas de los pacientes valorados en esta Unidad, en el periodo de tiempo comprendido entre Noviembre 2006 y Abril 2007. Se recogieron los siguientes datos: edad, sexo, días de ingreso, procedencia del paciente, diagnóstico al alta, tratamiento recibido (necesidad de vía endovenosa, antibioterapia, oxigenoterapia y nebulizaciones) y diferentes procedimientos realizadso en el domicilio (sondaje vesical, sonda nasogástrica, curas)

RESULTADOS: de los 133 pacientes estudiados 115 ingresaron finalmente en la Unidad. De ellos 57 hombre y 58 mujeres. La edad media era de 81 años . 86 pacientes precisaron canalización de via venosa para administración de tratamiento endovenoso ,bien antibiótico (60 pacientes), 31 corticoides , 24 furosemida, 5 fluidoterapia y 4 analgesia. De los que recibieron antibioterapia endovenosa, a un 20 % se les administró a través bomba de perfusión. 52 pacientes precisaron oxigenoterapia domiciliaria en gafas endonasales. 40 pacientes precisaron tratamiento con broncodilatadores y/o mucolíticos nebulizados. 19 pacientes precisaron curas diarias por parte de enfermería. 16 precisaron sondaje vesical y 4 sondaje nasogástrico

CONCLUSIONES: la mayor parte de los pacientes hospitalizados en su domicilio han precisado administración de tratamiento por vía endovenosa, siendo la antibioterapia intravenosa (administrado cada 24 horas o en bomba de perfusión) lo más utilizado, seguido de corticoides y de diuréticos.

Jorge Gutiérrez Dubois, Maria Jose Esquillor, Aitziber Echeverria Echeverria, Jose Javier Agorreta Ruiz, Teresa Rubio Obanos, Fernando Escolar Castellón
Unidad de Hospitalización a Domicilio. Servicio de Medicina Interna
Hospital Reina Sofía de Tudela

Actividad asistencial en una Unidad de hospitalización a Domicilio de reciente creación

INTRODUCCION

Las Unidades de Hospitalización a Domicilio se han convertido en los últimos años en una alternativa a la Hospitalización convencional para aquellos pacientes con enfermedades crónicas reagudizadas que, una vez estabilizados, necesitan de tratamiento endovenoso u oxigenoterapia, para pacientes con requerimiento de tratamiento antibiótico prolongado, o que necesitan control de anticoagulación por enfermedad tromboembolica.
En el Hospital Reina Sofía de Tudela se ha creado recientemente una Unidad de Hospitalización a Domicilio para atender a este tipo de pacientes, evitando así ingresos prolongados y complicaciones derivadas de los mismos.

OBJETIVOS: conocer la actividad asistencial y el tipo de patología atendida en la Unidad de HAD del Hospital Reina Sofia de Tudela.

MATERIAL Y METODOS: estudio descriptivo de los episodios recogidos entre Noviembre de 2006 (fecha de creación de la Unidad) y Mayo de 2007, de los pacientes atendidos en la Unidad de HAD pertenecientes al área de salud de Tudela. Se recogieron los siguientes datos: edad, sexo, días de ingreso en la unidad, procedencia de los ingresos, diagnósticos, destino al alta y tratamiento recibido (necesidad de vía ev., oxigenoterapia y nebulización)

RESULTADOS: Desde Noviembre de 2006 hasta Mayo de 2007 se han atendido 133 episodios pertenecientes a 126 pacientes diferentes, de los que finalmente han sido aceptados para el ingreso 115. De los pacientes ingresados 57 (49%) han sido varones y el 51% mujeres con una edad media de 81 años (rango 9 – 98 años). La duración media del ingreso ha sido de 8.21 días, con un índice de ocupación del 65%. El 51% de los pacientes provenían de la planta de Medicina Interna, el 48% de Urgenicas y el resto de consultas externas. Las patologías más frecuentemente atendidas han sido las infeccioso – respiratorias, neumonías (25%), reagudizaciones de EPOC (24%), seguidas de la enfermedad tromboembolica 17% y de la Insuficiencia cardiaca descompensada en un 8% de las ocasiones. El resto (24%) han sido variadas (pielonefritis, diverticulitis, tratamiento endovenoso de EII, convalecencia de ACV… etc). De los pacientes atendidos por la unidad, 13 (10%) han tenido que ser reingresados en el hospital, 7 de ellos por empeoramiento, 3 por petición familiar y 3 por presentar procesos intercurrentes, falleciendo 6 de ellos durante el reingreso. Durante este periodo han fallecido 3 pacientes (2.6%) en su domicilio.

CONCLUSIONES: La apertura de la Unidad de HAD en el área de salud de Tudela ha supuesto una alternativa eficaz para la atención de pacientes con patologías médicas que, de otro modo, habrían tenido que permanecer ingresados en planta.

Vanesa Jarne Betrán, Maria José Esquillor Rodrigo, Aitziber Echeverría Echeverría ,Jorge Gutiérrez Dubois, Ana Herrero León, Carmen Bueno Castel, Fernando Escolar Castellón
Unidad de Hospitalizacion a Domicilio Servicio de Medicina Interna
Hospital Reina Sofia Tudela Navarra

Causas de rechazo del ingreso en pacientes subsidiarios de ingreso domiciliario y causa de traslados al hospital en pacientes ingresados previamente en la Unidad de Hospitalización a Domicilio

INTRODUCCION: la hospitalización a domicilio surge como alternativa a la hospitalización tradicional y tiene entre sus principales objetivos favorecer el bienestar del paciente manteniéndolo en su entorno familiar y prevenir o minimizar las complicaciones derivadas del ingreso hospitalario. Ocasionalmente pacientes candidatos a ingresar en sus domicilios terminan ingresando en el Hospital por diferentes motivos. Otras veces , a pesar de seleccionar meticulosamente a los pacientes hospitalizados en sus domicilios surgen reagudizaciones o procesos intercurrentes inesperados que motivan el traslado de éstos al hospital.
OBJETIVOS: conocer en cuantos de los pacientes valorados por la Unidad de Hospitalización a Domicilio del Hospital Reina Sofía de Tudela, subsidiarios de ingresar en sus domicilios se ha desestimado el ingreso, y cuantos pacientes de los que finalmente ingresaron en dicha Unidad precisaron traslado al Hospital.
MATERIAL Y METODOS: estudiamos los pacientes valorados por la Unidad de Hospitalización a Domicilio del Hospital Reina Sofia de Tudela en un periodo de tiempo de 5 meses. Se recogieron los siguientes datos: edad, sexo, dias de ingreso, servicio de procedencia del paciente, motivo de consulta, diagnóstico al alta, destino final del paciente y motivo de alta de nuestra Unidad
RESULTADOS: de los 133 pacientes valorados por nuestra Unidad , 115 ingresaron finalmente en su domicilio. De ellos 57 hombre y 58 mujeres, con una edad media de . 81 años. 18 pacientes fueron desestimados para ingresar en el domicilio. De ellos 8 mujeres y 10 hombres. En el 50% de los casos rechazamos su ingreso en la Unidad por la distancia geográfica. El 44.44% rechazaron el ingreso bien los propios pacientes (4) o bien la familia (4) alegando desconfianza y/o desconocimiento del servicio ofrecido. 1 único caso fue rechazado por dificultad de manejo clínico en el entorno extrahospitalario. En cuanto a los pacientes ingresados en su domicilio que precisaron traslado al medio hospitalario fueron 13. De estos 7 por empeoramiento clínico del proceso que motivó el ingreso, 3 a petición familiar y 3 por acontecer nuevos eventos clínicos intercurrentes (1 colecistitis 1 caso otitis, y 1 miocarditis)
CONCLUSIONES: la mayoría de los casos de pacientes rechazados para ingreso domiciliario fue debido a la elevada distancia geógrafica. La descofianza y /o el desconocimiento de la nueva Unidad fueron los motivos que provocaron el rechazo del ingreso domiciliario, tanto por parte de pacientes como de familiares. Aproximadamente la mitad de los traslados al hospital de pacientes ingresados en el domicilio, fueron debidos a agravamiento de la patología que presentaban inicialmente.

IV REUNIÓN DE PRIMAVERA DE LA SOCIEDAD DE MEDICINA INTERNA DE NAVARRA, ARAGÓN, LA RIOJA Y PAÍS VASCO.
Benasque, 24-25 de mayo de 2007.

Sociedad de Medicina Interna | Aragón Navarra La Rioja País Vasco

Nombre de la comunicación: **CARACTERÍSTICAS DE LA INFECCIÓN POR VHC EN COINFECTADOS Y NO COINFECTADOS POR VIH. ANÁLISIS DE LA EFICACIA GLOBAL DEL TRATAMIENTO EN LOS ÚLTIMOS 12 AÑOS.**

Autores: Germán López, Francisco Marcilla, Teresa Omiste, Esther Valero, Carlos Ramos.

Centro de trabajo: Servicio de Medicina Interna. Unidad de Enfermedades Infecciosas. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.
Persona y dirección de contacto:
D/Dª. Germán López Larramona
Calle Alcalde Carderera, 3
Ciudad: Huesca
Código Postal: 22002
Provincia Huesca
e-mail: germll2003@yahoo.es

INTRODUCCIÓN
Se exponen las características de la infección por VHC en un grupo de individuos coinfectados y no coinfectados por VIH, y las diferencias entre ambos subgrupos. Por otra parte, se valora la eficacia de los tratamientos aplicados en el periodo de estudio.
MATERIAL Y MÉTODOS
Se estudiaron de forma retrospectiva a 60 pacientes infectados por el VHC con biopsia de hígado realizada entre 1992 y 1996. El período de seguimiento ha sido de 12 años (1992-2005), durante el que se perdieron 8 pacientes quedando la muestra en 52 individuos. Se han analizado datos histológicos (METAVIR), bioquímicos y epidemiológicos; tasa de respuesta global a los tratamientos aplicados; factores asociados al desarrollo de cirrosis y relación con genotipos.
RESULTADOS
Los coinfectados presentaron una mediana de edad significativamente menor y una frecuencia de uso de drogas parenterales significativamente mayor. No hubo diferencias significativas entre coinfectados y no coinfectados en cuanto al grado de fibrosis severa (F(3-4), 7 (24.2%) VIH(+) vs 6 (26.1%) VIH (-), porcentaje de cirrosis histológica y/o clínica, 9 (39.1%) VIH (+) vs 6 (30%) VIH (-), ni tiempo estimado de evolución de la infección VHC. Los casos de cirrosis durante el periodo de estudio se asociaron a mayor tiempo estimado de evolución de la infección (mediana de 13.5 años vs 9.5 años), a elevación de GGT (GGT >40 UI/l en 12 (80%) vs 9 (31%); O.R.=8.8 (2-39.4)) y a un cociente GOT/GPT >1 (5 (33%) vs 0). Estas asociaciones sólo se observaron en los pacientes coinfectados por el VIH. Las diversas pautas de tratamiento empleadas durante el periodo de seguimiento se aplicaron más en VIH(-) y lograron respuesta sostenida en el 35% de los casos (3 (33%) VIH (+) vs 7 (36.8%) VIH(-)).. La respuesta sostenida total fue mayor para el genotipo 3 frente al 1 (67% vs 10%; O.R.=18, I.C. 95% (1.2-260)).
CONCLUSIONES
- Los coinfectados eran más jóvenes y presentaron mayor frecuencia de conducta de riesgo ADVP. El grado de lesión histológica fue similar en coinfectados y no coinfectados.
- La cirrosis, sobre todo en pacientes coinfectados, se asoció significativamente a algunos parámetros bioquímicos (GGT y cociente GOT/GPT>1) y a un mayor tiempo estimado de evolución de infección VHC.
- La indicación de tratar con las diferentes pautas utilizadas a lo largo de este periodo, consiguió curación en el 35% de los pacientes, sin diferencias entre VIH (+) y VIH (-).
- El genotipo 3 se asoció a mayor tasa de respuesta.

IV REUNIÓN DE PRIMAVERA DE LA SOCIEDAD DE MEDICINA INTERNA DE NAVARRA, ARAGÓN, LA RIOJA Y PAÍS VASCO.
Benasque, 24-25 de mayo de 2007.

Sociedad de Medicina Interna | Aragón Navarra La Rioja País Vasco

Nombre de la comunicación: **EVOLUCIÓN Y PRONÓSTICO DE LA INFECCIÓN POR VHC EN UN GRUPO DE PACIENTES COINFECTADOS Y NO COINFECTADOS POR VIH ATENDIDOS EN LA UNIDAD DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS DEL HOSPITAL MIGUEL SERVET ENTRE 1992 Y 2005.**

Autores: Germán López, Carlos Ramos, M. Carmen Vallejo, Ana Pardillos, Ana Comín.

Centro de trabajo: Servicio de Medicina Interna. Unidad de Enfermedades Infecciosas. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.
Persona y dirección de contacto:
D/Dª. Germán López Larramona
Calle Alcalde Carderera, 3
Ciudad: Huesca
Código Postal: 22002
Provincia Huesca
e-mail: germll2003@yahoo.es

INTRODUCCIÓN.
Se valora la evolución de la hepatopatía crónica por el virus de la hepatitis C (VHC) en coinfectados y no coinfectados por VIH. Se analizan factores pronósticos, supervivencia y probabilidad de evolución a cirrosis.
MATERIAL Y MÉTODOS.
Estudiamos retrospectivamente 60 pacientes con hepatitis crónica por VHC y biopsia de hígado realizada entre 1992 y 1996. El período de seguimiento fue de 12 años (finalización año 2005), se perdieron 8 casos quedando la muestra reducida a 52 individuos. Se analizaron la supervivencia y las causas de muerte a lo largo de este periodo. Se evaluaron los datos de los 5 pacientes que desarrollaron cirrosis histológica o clínica a lo largo del periodo de estudio. Se efectuaron curvas de probabilidad de evolución a cirrosis analizando las diferencias entre coinfectados y no coinfectados, y se analizaron los factores asociados a progresión hacia cirrosis.
RESULTADOS.
5 pacientes evolucionaron a cirrosis, 2 VIH (+) y 3 VIH (-). Los cirróticos tuvieron tendencia a una mayor edad (53(24) vs. 32(9)), y un grado de fibrosis inicial mayor: 3 (14%) de los 21 pacientes con fibrosis inicial leve (F 0-1-2) hicieron cirrosis, frente a 2 (50%) de los 4 pacientes con fibrosis inicial severa (F 3-4) ($p<0.01$). La probabilidad de evolución a cirrosis a los 7 y 11 años de seguimiento fue del 4% y 27% respectivamente. Los pacientes con fibrosis inicial severa tuvieron más probabilidad de desarrollar cirrosis (HR 8.30, I.C. 95% (1.13-60.65), $p<0.05$). La tasa global de evolución a cirrosis fue de 1.6/100 pacientes/año, para VIH(+) 1.1/100 pacientes/año y para VIH(-) 2.5/100 pacientes/año; considerando a los respondedores a terapia la tasa global fue de 1.19/100 pacientes/año, 0.92/100 pacientes/año en VIH (+) y 1.4/100 pacientes/año en VIH(-).
Fallecieron 13 pacientes (25%), en una mediana de 5 años. El porcentaje de mortalidad en coinfectados fue mayor (8(24) vs. 5(19)), y la edad de los fallecidos era mayor (42.6 (16.5) vs. 33.5 (9.4), $p <0.05$), sin diferencias entre coinfectados y no coinfectados. Las causas de muerte fueron en su mayoría no hepáticas. La probabilidad de supervivencia a los 12 años del 55.9% en VIH(+) y del 66.6% en VIH (-), sin diferencias significativas entre ambos grupos (tabla 6). La tasa de mortalidad global fue de 2.08/ 100 pacientes/año, 2.2/100 pacientes/año en coinfectados y 1.8/100 pacientes/año en no coinfectados.
CONCLUSIONES.
- Los pacientes que desarrollaron cirrosis eran más mayores y tenían mayor grado de fibrosis inicial. Sólo la fibrosis avanzada se asoció a peor evolución de la infección por VHC.
- La indicación de tratar redujo la tasa de progresión a cirrosis, preferentemente en no coinfectados.
- No hubo diferencias respecto a mortalidad entre VIH(+) y VIH(-), y tampoco se observaron

IV REUNIÓN DE PRIMAVERA DE LA SOCIEDAD DE MEDICINA INTERNA DE NAVARRA, ARAGÓN, LA RIOJA Y PAÍS VASCO.
Benasque, 24-25 de mayo de 2007.

Sociedad de Medicina Interna | Aragón Navarra La Rioja País Vasco

Nombre de la comunicación: "Una nueva forma para calcular la altura en pacientes encamados".

Autores: María Teresa Oliván Usieto, Pablo Sánchez Rubio Lezcano, Miguel Egido Murciano, Jesús Cebollada del Hoyo, Manuel Gracia Nasarre, Miguel Ángel Berdún Chéliz.
Centro de trabajo: Hospital San Jorge de Huesca. Hospital de Ejea de los Caballeros.

Persona y dirección de contacto:
D/Dª. María Teresa Oliván Usieto
Calle Av/ de la Paz nº10 6º izda
Ciudad:Huesca
Código Postal: 22003
Provincia Huesca
e-mail: mtolivan@salud.aragon.es / hospitalizacion.casar@aragon.es

MATERIAL Y MÉTODOS: Se estudian 54 pacientes mayores de 65 años durante 4 meses, ingresados en la Sección de Medicina Interna. Se realiza una medición del segmento corporal izquierdo y la altura del individuo, se transforman en variables cuantitativas discretas.Estudio de correlación de Pearson, variable dependiente: la talla (Y). Obtendremos el coeficiente de determinación y de correlación. Se calculan las inferencias sobre la pendiente de la recta, sobre el coeficiente de correlación y sobre la ordenada en el origen; y sus intervalos de confianza. t de Student para un nivel de significación bilateral alfa de 0,05 para 54 elementos; siendo el valor de la t de Student en este caso de 2,010.

RESULTADOS: Se realiza una correlación de ambas variables y se han ajustado los puntos a la recta, determinamos el grado de aproximación de los puntos a la recta de regresión por el *Coeficiente de Determinación*: 0,8821. Calculamos el *Coeficiente de Correlación Lineal:* 0,9393 o el 93,93%, con lo que podemos concluir que las rectas de regresión de y sobre x y de x sobre y se encuentran entre el primer y tercer cuadrante con una correlación directa y muy alta al ser r mayor al 90%.En el análisis de los datos se encuentra una correlación directa muy alta pudiéndose obtener la talla de un individuo de forma fiable.

CONCLUSIONES: 1.- Existe una correlación directa y muy alta entre la longitud del segmento proximal de la extremidad superior y la talla.2.- Se puede obtener la talla de un individuo de forma fiable a partir de la longitud del segmento proximal de la extremidad superior.3.- La fórmula definitiva es:TALLA = 105,21 + 1,97 x BRAZO.4.-Se deberían realizar estudios antes de extrapolar los resultados.Se aumentará durante un tiempo aproximado de 2 años y una población de 400 individuos, individualizando la fórmula por edad y sexo.

IV REUNIÓN DE PRIMAVERA DE LA SOCIEDAD DE MEDICINA INTERNA DE NAVARRA, ARAGÓN, LA RIOJA Y PAÍS VASCO.
Benasque, 24-25 de mayo de 2007.

Sociedad de Medicina Interna | Aragón Navarra La Rioja País Vasco

Nombre de la comunicación: "Evolución de los pacientes dados de alta con diagnóstico "insuficiencia cardiaca" a lo largo de 5 años en el Hospital San Jorge de Huesca".

Autores: María Teresa Oliván Usieto, Pablo Sánchez Rubio Lezcano, Miguel Ejido Murciano, Juan Blas Pérez Lorenz, Alberto Escartín, Miguel Ángel Berdún Chéliz.
Centro de trabajo: Hospital San Jorge de Huesca.

Persona y dirección de contacto:
D/Dª. María Teresa Oliván Usieto
Calle Av/ de la Paz nº10 6º izda
Ciudad:Huesca
Código Postal: 22003
Provincia Huesca
e-mail: mtolivan@salud.aragon.es / hospitalizacion.casar@aragon.es

PACIENTES Y MÉTODOS: Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo. SPSS11.0.Se analiza la edad, días de hospitalización, sexo, forma de ingreso, especialidad en la que están ingresados, mortalidad durante el ingreso, destino al alta de los pacientes dados de alta con el diagnóstico "insuficiencia cardiaca" (IC) durante los años 2002-6 en el hospital San Jorge de Huesca. Los reingresos se consideran nuevos casos.
RESULTADOS: Durante estos cinco años se han producido un total de 55.834 altas en el Hospital San Jorge de Huesca, de ellos 4.229 tenían el diagnóstico IC al alta. Cada año se ha registrado un número mayor absoluto de altas con IC y relativo en función del total de altas. El servicio mayoritario de ingreso de estos pacientes ha sido Medicina Interna, atendiendo a más del 50% de ellos y con tendencia ascendente. No existen diferencias significativas en cuanto al sexo, desde el 2002 al 2006 ha aumentado la proporción de pacientes varones. El rango de edad de estos pacientes es amplio, la tendencia es a aumento de la edad de los pacientes y de la proporción de los pacientes mayores de 65 y de 85 años. La estancia mediana ha disminuído (14,57 a 11,39). La procedencia de ingreso ha sido mayoritariamente todos los años desde urgencias (>94%). Los meses de más altas con diagnóstico IC son enero y febrero, existiendo diferencias significativas con julio y agosto (con tendencia a disminuir las diferencias en los años a estudio). En el destino al alta ha aumentado el traslado a otro centro, la mortalidad ha descendido del 13,34% en 2002 al 10,6% en 2006.
CONCLUSIONES: El Número de pacientes con diagnóstico IC ha aumentado en los últimos 5 años, de forma absoluta y relativa en relación al número total de ingresos en el hospital. Más del 50% de los pacientes con IC lo hacen en Medicina Interna. La edad media tiene tendencia al alta. No existe diferencias en el sexo. La procedencia de los pacientes es desde urgencias. Tanto la mortalidad como la estancia mediana ha disminuído a lo largo de los años a estudio. Enero y febrero tiene más presión de ingresos con IC que julio y agosto con tendencia a la disminución con el trascurso de los años.

IV REUNIÓN DE PRIMAVERA DE LA SOCIEDAD DE MEDICINA INTERNA DE NAVARRA, ARAGÓN, LA RIOJA Y PAÍS VASCO.
Benasque, 24-25 de mayo de 2007.

Sociedad de Medicina Interna | Aragón Navarra La Rioja País Vasco

Nombre de la comunicación: "Características de los pacintes con diagnóstico "insuficiencia cardiaca" dados de alta en el Hospital San Jorge de Huesca durante 2006".

Autores: María Teresa Oliván Usieto, Pablo Sánchez Rubio Lezcano, Juan Blas Pérez Lorenz, Alberto Escartín, Miguel Ángel Berdún Chéliz.
Centro de trabajo: Hospital San Jorge de Huesca. Hospital de Ejea de los Caballeros.

Persona y dirección de contacto:
D/Dª. María Teresa Oliván Usieto
Calle Av/ de la Paz nº10 6º izda
Ciudad:Huesca
Código Postal: 22003
Provincia Huesca
e-mail: mtolivan@salud.aragon.es / hospitalizacion.casar@aragon.es

PACIENTES Y MÉTODOS: Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo. SPSS11.0.Se analiza la edad, días de hospitalización, sexo, forma de ingreso, especialidad en la que están ingresados, mortalidad durante el ingreso, destino al alta de los pacientes dados de alta con el diagnóstico "insuficiencia cardiaca" durante el año 2006 en el hospital San Jorge de Huesca. Los reingresos se consideran nuevos casos.

RESULTADOS: Durante el año 2006 han sido dado de alta un total de 790 pacientes con criterios de inclusión (7% del total de altas hospitalarias). El mes en el que fueron dados de alta más pacientes fue enero(83); en septiembre el % de altas con diagnóstico IC con respecto al total de altas(9%). No hay diferencias significativas en los distintos meses, salvo en julio y agosto con menor número de altas con este diagnóstico. El 44% son mujeres. El rango de edad oscila entre 31 y 101. Más del 70% son mayores de 65 años y el 13% mayores de 85. El servicio que más altas da con el diagnóstico a estudio es Medicina Interna (58.5%) y Cardiología (21%).El 94,4% ingresa procedente de Urgencias. E l ingreso programado conlleva menor mortalidad.El 10,6% de los pacientes fallecen durante el ingreso, no existe relación con el servicio, salvo la UCI (carece de valor). La mediana de días de ingreso es de 9,87–16,41. El rango de estancia es 2-91 días. No existen diferencias significativas en los distintos meses, ligera relación del ingreso en Medicina Interna y la estancia media, no estadísticamente significativa(sin analizar la NYHA ni la comorbilidad).
CONCLUSIONES:1.-La insuficiencia cardíaca es un diagnóstico frecuente de alta hospitalaria.2.-No existen diferencias del número de altas en los distintos meses salvo en julio y agosto. 3.-La mayoría de los pacientes que han sido estudiados son ancianos. 4.-En el Servicio de Medicina Interna es donde se dan mayoritariamente las altas.5.-El ingreso proviene mayoritariamente de Urgencias.6.-Existe un alto porcentaje de fallecimiento (11%), de forma independiente con el servicio.La mediana de días de ingreso está en torno a 10 días, con amplio rango.