

I CONGRESO DE ESTUDIANTES DE MEDICINA DE LA URJC

Universidad Rey Juan Carlos - Facultad de Ciencias de la Salud

Avenida de Atenas s/n, 28922 - Alcorcón - Madrid

30 de mayo de 2014

Comité Organizador:

Sergio Foullerat Cañada, Rubén García-Abadillo, Seivane Esther González Bartol,
Paloma Hernando López de la Manzanara, Alberto Jesús Servan López,
Dr. José Luis del Barrio Fernández, Dr. Ángel Gil de Miguel

ISSN 2444-5479

ÍNDICE:

I. BLOQUE DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS

4 - 21

1. Patrón de seguimiento clínico en los casos incidentes de infección VIH en un área de salud. *Eduardo de la Fuente*
2. Características epidemiológicas de los enfermos coinfectados por virus de la Hepatitis C (VHC) y virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) en España, 1997- 2010. *Rubén García-Abadillo*
3. Valor predictivo del tiempo de crecimiento del frasco de hemocultivo en el diagnóstico de bacteriemia. *Miguel Sáiz*
4. Granulocitos inmaduros e índice de granulación: posibles marcadores predictivos de bacteriemia. *Paloma Hernando*
5. Bacteriemias en pacientes adultos que acuden a urgencias, estudio descriptivo años 2012-2013. *Nadia Abdalah*
6. ¿Posible tomar una decisión terapéutica con el resultado obtenido en la tinción de gram en las bacteriemias? *Ana Pérez*
7. ¿Acierta el clínico en el origen sospechado de la bacteriemia? *Marina Castellanos*

II. BLOQUE DE ATENCIÓN PRIMARIA Y MEDICINA PREVENTIVA

22 - 37

1. Satisfacción del paciente ingresado. *María Mateos*
2. Calidad de vida en pacientes con síntomas somáticos en Atención Primaria. *Esther González*
3. Panorama del consumo de ansiolíticos e hipnóticos en una población entre 30 y 45 años de un centro de salud de la Comunidad de Madrid. *Patricia Mills*
4. Prevalencia de diabetes mellitus en la región de La Vega, República Dominicana. *Beatriz Nieto*
5. Automedicación y uso de terapias alternativas en la población diabética en España: prevalencia y factores asociados. *Pablo Carrasco*
6. Prevalencia de HTA como factor de riesgo vascular en población trabajadora española. *Ana García*

III. BLOQUE DE NEUROLOGÍA Y PSIQUIATRÍA

38 - 54

1. El síndrome confusional agudo (SCA): Factores de riesgo asociados a su aparición. *Sergio Foullerat*
2. Frecuencia de enfermedad tiroidea en pacientes con esclerosis múltiple y síndrome neurológico aislado en tratamiento con fármacos de primera línea. *Beatriz Torres*
3. Prevalencia de sintomatología depresiva en pacientes con esclerosis múltiple y síndrome neurológico aislado. *Noemí Serrano*
4. Estudio descriptivo del uso de tratamientos de segunda línea dentro de indicación en pacientes con esclerosis múltiple en el Hospital Universitario de Fuenlabrada. *Sonia Álvarez*
5. Detección de TDAH en adultos y su comorbilidad psiquiátrica: resultados de un CSM. *Raúl Recio*
6. Trastornos psiquiátricos en IAM. *María Toledano*
7. Influencia del trastorno psiquiátrico no excluyente de cirugía bariátrica en el éxito de la intervención a los 2 años. *Alberto Tauste*

1. La intervención de Hartmann: nuestra experiencia en 4 años. *Laura Román*
2. Utilización de endoprótesis en pacientes con neoplasias obstructivas del colon izquierdo. *Julia Villamayor*
3. Adenocarcinoma de páncreas: estudio de supervivencia tras cirugía potencialmente curativa. *Rodrigo Tejerina*
4. Análisis de los resultados postcirugía en una serie de pacientes intervenidos de obstrucción lagrimal mediante dacriocistorrinostomía externa. *Raquel Aragón*
5. Resultados postquirúrgicos de la dacriocistorrinostomía endoscópica endonasal. *Fernando Cabrera*
6. Determinación de la incidencia de errores refractivos tras la cirugía de facoemulsificación. *Sara López*
7. Síndrome de Gorham-Stout. Reporte de un caso clínico. *Rodrigo del Pozo*

1. Factores pronósticos del cáncer de páncreas. *Almudena Chacón*
2. Factores de riesgo de recidiva en el tumor vesical no músculo invasivo. *Beatriz Rubio*
3. Rendimiento y morbimortalidad de linfadenectomía estándar vs la linfadenectomía ampliada en pacientes con cáncer de vejiga músculo infiltrante sometidos a cistectomía. *Carmen Parrilla*
4. Rendimiento de la linfadenectomía ampliada en la estadificación del cáncer de próstata de alto riesgo en pacientes sometidos a prostatectomía radical. *Beatriz Fernández*
5. Características epidemiológicas de la población afectada de melanoma cutáneo en el Hospital Universitario de Fuenlabrada. *Laura Navas*
6. Resultados del tratamiento con azacitidina en síndromes mielodisplásicos y leucemia mieloide aguda en Hospital Universitario Fundación Alcorcón. *Laura Otero*
7. Experiencia en el tratamiento de la enfermedad de Hodgkin en Hospital Universitario Fundación Alcorcón. *Javier Gualda*
8. Tratamiento adyuvante en cáncer de mama N0 en función de tests genómicos. *Beatriz Antón*

1. Necesidad o no de realizar linfadenectomía axilar en el cáncer de mama cuando existe afectación metastásica del ganglio centinela. *Ana Saldaña*
2. Manejo terapéutico de la enfermedad inflamatoria pélvica. *Alejandro García*
3. Gestación cronológicamente prolongada: morbimortalidad maternofoetal en la inducción del parto en la semana 41. *Patricia Garrido*
4. Vitricación de ovocitos para preservación de la fertilidad: influencia de la dependencia hormonal de la enfermedad. *Jennifer Brasero*

1. Tratamiento con hormona de crecimiento en niños pequeños para su edad gestacional. *Laura Fernández*
2. Parálisis cerebral infantil (PCI): estudio de 70 casos. *Sonia Hernández*
3. Panorámica de una consulta de cardiología infantil en un hospital secundario. *Alicia Martínez - Villasante*
4. Repercusión del tratamiento esteroideo prolongado sobre el metabolismo fosfocálcico en el síndrome nefrótico idiopático. *Alberto Servan*

5. La presencia de violencia contra la mujer en la pareja se asocia a la aparición de maltrato infantil a edad más temprana. *Marta Furones*
6. El adolescente TDAH: una etapa crítica en tierra de nadie. *José Centeno*
7. Correlación entre la bilirrubina transcutánea y la bilirrubina sérica total en recién nacidos de > 35 semanas. *Janira Fernández*

VIII. BLOQUE DE CARDIOLOGÍA Y NEUMOLOGÍA

120 - 128

1. Mejora del perfil lipídico tras un programa de rehabilitación cardiaca. *Cristina Arévalo*
2. Factores predictores de enfermedad aterosclerótica en múltiples territorios, en pacientes con SCA. *Sergio Holgado*
3. Morbilidad femenina diferencial: un acercamiento desde el punto de vista clínico y psicosocial en pacientes con SCACEST. *Camino Pérez*
4. Omalizumab en pacientes con asma grave alérgico. *María Ulloa*

IX. BLOQUE DE DIGESTIVO

129 - 138

1. Eficacia del tratamiento para la erradicación de la infección por H. pylori. *Cristina Marcos*
2. Estudio descriptivo sobre carcinoma hepatocelular en hígado no cirrótico. *Leire Parapar*
3. Manifestaciones extraintestinales en la enfermedad inflamatoria intestinal. *Mariano Syed*
4. Efectividad y seguridad del tratamiento con fármacos anti-TNF alfa en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal. *Mireya López*

I. BLOQUE DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS

PATRÓN DE SEGUIMIENTO CLÍNICO EN LOS CASOS INCIDENTES DE INFECCIÓN VIH EN UN ÁREA DE SALUD

Eduardo de la Fuente Crespo^a, Juan Emilio Losa García^b

^a *Estudiante de Grado en Medicina de la Universidad Rey Juan Carlos.*

^b *Doctor en Medicina. Jefe de Enfermedades Infecciosas. Unidad de Medicina Interna. Hospital Universitario Fundación de Alcorcón. Profesor Asociado de Medicina de la Universidad Rey Juan Carlos.*

ABSTRACT

Objetivo: El adecuado diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los pacientes con infección por VIH conlleva beneficios individuales en términos de morbilidad y mortalidad y beneficios colectivos en términos de disminución de la transmisión. El objetivo de este estudio es describir el patrón de seguimiento clínico ("cascada de atención sanitaria") de los pacientes VIH en un área de salud desde el momento de su diagnóstico.

Material y métodos: Estudio retrospectivo y descriptivo del seguimiento durante 3 años de la cohorte de todos los casos de nuevas infecciones por VIH diagnosticadas en el laboratorio del Hospital Universitario Fundación Alcorcón, referencia de un área de salud de 250000 habitantes en el período 2007-2009. Los datos se obtuvieron de la revisión de la historia clínica electrónica de cada caso incidente comunicado por el laboratorio que realiza la serología de todo el área de salud. El estudio contó con la aprobación del comité ético de investigación de referencia para la cohorte.

Las variables estudiadas en el momento del diagnóstico fueron: edad, sexo, país de nacimiento, modo de transmisión, motivo por el que solicitó la serología y ámbito en el que solicitó, estadio clínico, CD4 y carga viral y, cuando fue posible su obtención, la fecha de la última serología previa negativa, de la posible fecha de contagio y de la primoinfección. Durante el seguimiento se recogieron las siguientes variables: fecha de la primera visita en consulta especializada desde el diagnóstico, fecha de indicación de tratamiento antirretroviral, fecha de primera carga viral negativa (<40 copias/mL) y la fecha de pérdida de seguimiento. Además se obtuvo la situación clínica e inmunoviológica en cada intervalo de 6 meses durante los 3 años de seguimiento de cada caso incidente. Se utilizó la media (desviación estándar) para describir la distribución de las frecuencias en variables cuantitativas y el porcentaje para las variables cualitativas.

Resultados: Se incluyeron 71 pacientes: 69% eran varones, su edad media 33 años (13), el 54% no habían nacido en España y el diagnóstico se realizó en Atención Primaria en el mismo porcentaje de casos; en un 41% la serología se solicitó por una situación de riesgo y la transmisión fue sexual en el 99% de los casos, con un porcentaje total de un 39% de hombres que practicaban sexo con hombres. Al diagnóstico un 13% de los pacientes cumplían criterios de sida, la media de CD4 fue de 391/ μ L (298) y de viremia de 148265 copias/mL (327040). La media de meses hasta el diagnóstico de VIH desde una serología previa negativa fue de 49 (73), desde la fecha de probable contagio 13 (12) y desde la primoinfección 2 (3). La media de días desde que se realiza el diagnóstico hasta la primera consulta especializada fue 38 (109). El tiempo medio en meses desde el diagnóstico al inicio de TAR fue 6 (7) y a viremia indetectable 14 (9). Desde el inicio de TAR a la indetectabilidad transcurre una media de 7 meses (6). Al cabo de 3 años de seguimiento 2 pacientes habían fallecido (3%), ambos en los primeros 3 meses, y se habían perdido 21 (30%); el tiempo medio en meses desde el diagnóstico a la pérdida de seguimiento fue de 10 meses (12), y 13 de los pacientes perdidos (62%) lo hicieron en los tres primeros meses tras el diagnóstico. El 55% de los pacientes

se encuentran en TAR a los 3 meses de seguimiento. Al cabo de 3 años, de los 48 pacientes que permanecían en seguimiento (67% de los iniciales), 38 (80% de los pacientes en seguimiento y 54% de los iniciales) estaban en TAR y de éstos 36 (95% de los pacientes en TAR, 75% de los pacientes en seguimiento y 51% de los iniciales) tenían una viremia suprimida.

Breve discusión: Al cabo de 3 años: 1 de cada 3 pacientes diagnosticados de infección VIH se ha perdido en el seguimiento (la mayoría en los 3 primeros meses tras la primera visita), una inmensa mayoría de los pacientes en seguimiento se encuentran en TAR y prácticamente todos los pacientes en TAR tienen suprimida la viremia. En conjunto estos datos son discretamente mejores que los reportados en la literatura. Las principales limitaciones del estudio, comunes a todos los estudios de este tipo, son la falta de información sobre la confirmación de pérdidas reales de seguimiento frente a traslado a otros centros por cambio de residencia o preferencia. El presente estudio se seguirá del análisis estadístico comparativo de las variables y de la posible asociación entre ellas con el objetivo de identificar factores susceptibles de intervención.

Conclusión: En el área de salud estudiada el seguimiento clínico tras el diagnóstico de VIH es razonable, pero hay margen de mejora, especialmente en los primeros meses tras el diagnóstico.

Bibliografía:

- 1.- Nosyk B, Montaner JSG, Colley G, et al. The cascade of HIV care in British Columbia, Canada, 1996-2011: a population-based retrospective cohort study. *Lancet Infect Dis* 2014; 14: 40-49.
- 2.- Gardner EM, Daniloff E, Thrun MW, et al. Initial linkage and subsequent retention in HIV care for a newly diagnosed HIV-infected cohort in Denver, Colorado. *J Int Assoc Provid AIDS care* 2013; 12: 384-90.
- 3.- Montaner JSG, Lima VD, Harrigan PR, et al. Expansion of HAART coverage is associated with sustained decreases in HIV/AIDS morbidity, mortality and HIV transmission: The "HIV treatment as Prevention" experience in a Canadian setting. *PLoS One*. 2014 Feb 12;9(2):e87872. doi: 10.1371/journal.pone.0087872.
- 4.- Oliva J, Malo C, Fernández A, et al. Patrón de inicio del seguimiento clínico en los pacientes con infección por el virus de inmunodeficiencia humana en España. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2014; 32: 170-73.

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE LOS ENFERMOS COINFECTADOS POR VIRUS DE LA HEPATITIS C (VHC) Y VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH) EN ESPAÑA, 1997-2010

Rubén García-Abadillo^a, Ruth Gil-Prieto^b, Ángel Gil de Miguel^b

^a *Estudiante de 6º Grado en Medicina, Universidad Rey Juan Carlos, Madrid, España*

^b *Área de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad Rey Juan Carlos, Madrid, España*

ABSTRACT

Palabras clave: Coinfección, VHC, VIH.

Objetivo: Describir las características epidemiológicas de hospitalizaciones, mortalidad, letalidad, estancia y reingreso en enfermos coinfectados por VHC y VIH en España durante un período de 14 años (1997-2010).

Material y métodos: Estudio descriptivo observacional retrospectivo en el que se estudiaron un total de 101.659 pacientes durante 14 años (1997-2010) utilizando la información del sistema de vigilancia de datos hospitalarios (Conjunto Mínimo Básico de Datos) de España, se seleccionaron todos aquellos pacientes infectados por VHC que además presentaban coinfección por VIH. Se usaron las variables: Sexo, edad, comunidad autónoma, año, estancia, reingreso, muertes y número de casos. El análisis estadístico ha incluido: Tasa de hospitalizaciones, tasa de mortalidad, tasa de letalidad, estancia media y prevalencia de reingreso. La población del padrón municipal se ajustó al 0.98 puesto que se estima que el CMBD cubre al 98% de la población total. La variación de las tasas por edad y comunidad autónoma se compararon con el test ANOVA, por sexo con el test t-student y para el período de estudio se usó la distribución de Poisson. Se utilizó el programa estadístico SPSS (versión 17.0; Chicago, Illinois, USA) para el análisis estadístico.

Resultados: Durante el período 1997-2010 se recogieron 101.659 hospitalizaciones, de las cuales 76,9% eran hombres y 23,1% eran mujeres, con una media de 7.261 casos por año y un total de 6.774 muertes (6,7%). La tasa de hospitalización general fue de 17,22 por habitantes, presentó un pico de edad entre los 39 y 40 años de 67,7 por 100.000 habitantes y una estancia media de 11,61 días. La mortalidad fue de 1,13 por 100.000 habitantes y la letalidad de 0,067%. El 18,2% de los casos reingresó. Durante los 14 años de estudio se observó una tendencia significativa de aumento [Figura 1] de las tasas de hospitalización ($p=0,023$) y de mortalidad ($p=0,035$). La tasa de hospitalización por comunidades autónomas fue mayor en Madrid, La Rioja y Baleares y menor en Ceuta y Canarias con diferencias significativas ($p=0,047$), para la mortalidad no hubo diferencias significativas entre las 19 regiones ($p=0,640$). Las tasas de hospitalización y mortalidad aumentaron significativamente con la edad (ambas $p<0,001$) y presentaron valores mayores en hombres respecto a mujeres ($p<0,001$). La letalidad no presentó diferencias significativas para ninguna variable (año $p=0,544$; comunidad autónoma $p=0,831$; edad $p=0,203$; sexo $p=0,667$).

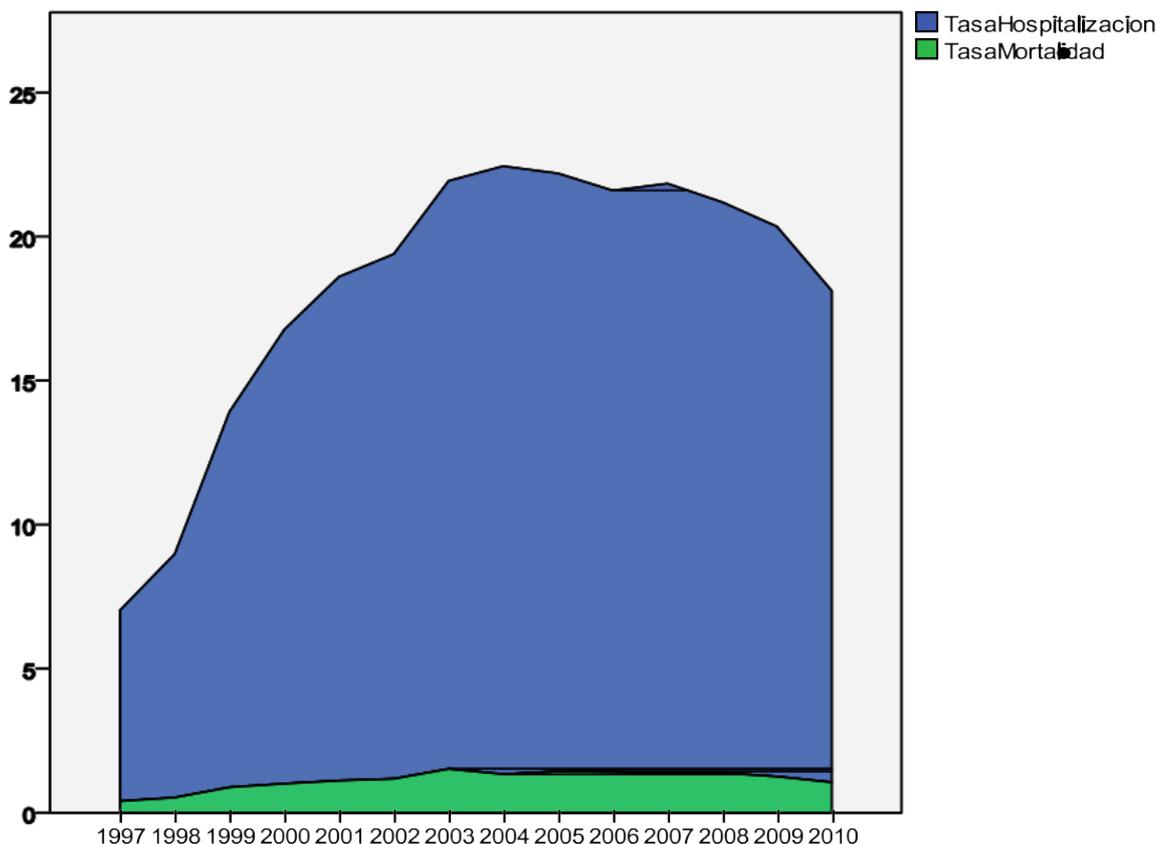
Discusión: En consonancia con otros trabajos realizados a nivel autonómico en España, se observan picos de edad en intervalos similares (34-45 años) y predominio en el sexo masculino [1,2]. Sin embargo las tendencias de hospitalización durante similares períodos de estudio, son muy heterogéneas [1, 2, 3].

Conclusión: La tasa de hospitalización y mortalidad han presentado una tendencia ascendente en el período de estudio, aumentan con la edad y son mayores en el sexo masculino. Las comunidades autónomas con mayor tasa de hospitalización han sido Madrid y La Rioja, y con menor, Ceuta y Canarias.

Bibliografía:

1. Martín Sánchez V, López Caleyá JF, Núñez Vásquez MG, Morís González ML, Pérez Vicente R, Caylà Buqueras JA. Infección por los virus de la hepatitis C y de la inmunodeficiencia humana y coinfección por ambos en el área de salud de León durante el período 1993-2004. Rev Esp Salud Public. 2009; 83(4): 533-541.
2. López-Caleyá JF, Martín V, Martín L, Pérez-Simón R, Carro JA, Alcoba M. Prevalencia de coinfección por virus de la inmunodeficiencia humana y virus de la hepatitis C en el área de salud de León: 1992-2000. Enferm Infecc Microbiol Clin. 2006; 24(6): 365-369.
3. Rubio Caballero M, Rubio Rivas C, Nogués Biau A, Manonelles Fernández A. Epidemiología de la hepatitis crónica por virus de la hepatitis C en pacientes infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Estudio de 767 pacientes infectados por el VIH. Med Clin (Barc). 2005; 125(2): 56-58.
4. Greub G, Ledergerber B, Battegay M, Grob P, Perrin L, Furrer H et al. Clinical progression, survival, and immune recovery during antiretroviral therapy in patients with HIV-1 and hepatitis C virus co-infection: the Swiss HIV Cohort Study. Lancet. 2000; 356(9244): 1800-1805.

Figura 1



VALOR PREDICTIVO DEL TIEMPO DE CRECIMIENTO DEL FRASCO DE HEMOCULTIVO EN EL DIAGNÓSTICO DE BACTERIEMIA

M. Saiz Sánchez-Buitrago ^a, A.C. Pérez Jaéna, M. Castellanos González ^a, N.A. AbdallahKassab^a, J.M. Ruíz Giardín^b

^a Estudiante de Grado de Medicina. Grupo de Bacteriemias. Hospital Universitario de Fuenlabrada. U. Rey Juan Carlos.

^b Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Fuenlabrada. Madrid.

ABSTRACT

Palabras clave: bacteriemia, tiempo de crecimiento, hemocultivo.

Objetivos: -Analizar la predictibilidad del tiempo de crecimiento del hemocultivo como diagnóstico de bacteriemia. -Describir si la toma de antibiótico previamente a la extracción del hemocultivo altera el tiempo de crecimiento del hemocultivo.

Material y métodos: Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo de todos los hemocultivos positivos extraídos en el Hospital Universitario de Fuenlabrada durante los años 2012 y 2013 de pacientes mayores de 14 años recogiendo 145 variables epidemiológicas, clínicas, analíticas y terapéuticas, entre las que se analizó el menor tiempo en detectar el crecimiento de microorganismo en cada tanda de hemocultivos extraídos por paciente. Con las variables recogidas, los estándares microbiológicos y la historia informatizada del paciente se clasificaron los hemocultivos como bacteriemias verdaderas o como contaminantes. En segundo lugar se comprobó que los tiempos de crecimiento no seguían una distribución normal analizándose la mediana y el rango intercuartil (RIC) de los tiempos de crecimiento de los frascos clasificados como bacteriemia verdadera y contaminante. Igualmente se realizó una curva ROC analizando la sensibilidad y la especificidad de cada tiempo de crecimiento en horas. Se halló los valores predictivos para dos puntos de corte de tal forma que, en función del tiempo de crecimiento, pueda predecirse si el resultado positivo del hemocultivo corresponde a una bacteriemia verdadera o a un contaminante. Por último se analizó si la toma de antibiótico durante la semana previa influía en los tiempos de crecimiento de los frascos de hemocultivo que habían sido catalogados como bacteriemias verdaderas.

Limitaciones: Los tiempos de crecimiento de los hemocultivos varían según el sistema de monitoreo y el tipo de frasco de hemocultivo. Los datos de este estudio sólo son comparables con aquellos centros que utilicen un sistema de monitoreo BACT ALERT como el de este estudio.¹⁻³

Resultados: Se analizaron un total de 1173 tandas de hemocultivos siendo clasificados como bacteriemias 522 y 610 como contaminantes. En cuanto al tiempo de crecimiento (ver gráfica 1) los hemocultivos clasificados como bacteriemias verdaderas crecieron con una mediana de 12,7 horas (RIC 10,32-17,58) y los contaminantes con una mediana de 20,88 (RIC 33,18-17,52). Al analizar la curva ROC se obtuvo un área bajo la curva de 0,81 con IC95% 0,78-0,84. Con esta curva se obtuvieron 2 puntos de corte. El primero de 13,3 horas con una sensibilidad del 54% y una especificidad del 95%, VPP 92%, VPN 71% y un segundo punto de corte de 15,2 horas con una S=66% y E=90%, VPP 83%, VPN 75% para bacteriemias verdaderas. Los tiempos de crecimiento por grupo de microorganismos fueron significativamente más lentos para los microorganismos del género *Bacteroides* con una mediana 28,3 horas (RIC 25,8-38,5) y *Candida* con una mediana 44,1 horas (RIC 24-65,7) siendo las de estos crecimientos similares a los de otras series publicadas^{1,4}. En cuanto a

la influencia de la toma de antibiótico en los tiempos de crecimiento, de los 522 pacientes con bacteriemia verdadera, en 498 (95%) se había registrado el dato de antibiótico previo. 121 de los pacientes (62%) tomaron antibiótico la semana previa creciendo 62% de ellos por encima de la mediana. El tiempo de los pacientes que no tomaron antibiótico su crecimiento fue de 12 horas (RIC 9,8-16,3). De los que si tomaron antibiótico su mediana fue de 13,9 horas (RIC e 11,4-19,0), $p < 0,001$.

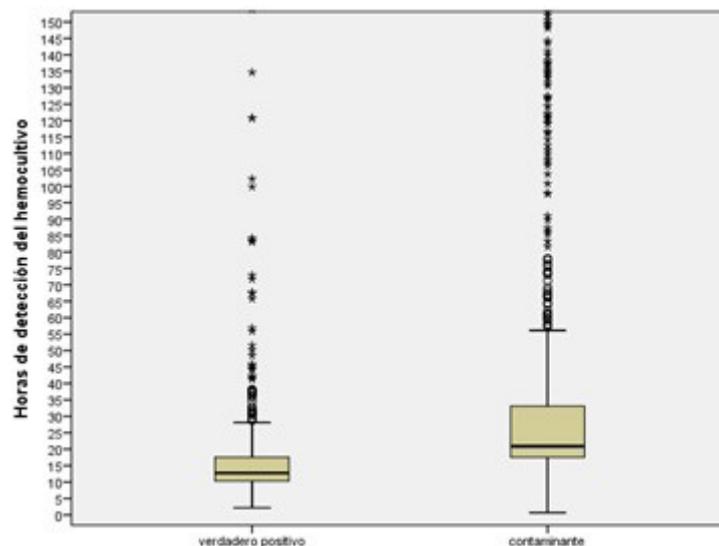
Conclusión: El tiempo en dar positivo un frasco de hemocultivo puede ser de ayuda a la hora de determinar si una bacteriemia es verdadera a la espera de determinar el tipo de microorganismo. El punto de corte de cada centro dependerá del tipo de equipo de monitoreo de hemocultivo. La toma de antibiótico durante los 7 días previos a la administración de un hemocultivo puede alargar el tiempo de crecimiento del frasco de hemocultivo.

Bibliografía:

1. Scotter JM, Allardyce RA, Langford Vs, Hill A, Murdoch DR. The rapid evaluation of bacterial growth in blood cultures by selected ion flow tube–mass spectrometry (SIFT-MS) and comparison with the BacT/ALERT automated blood culture system. *J. Microbiol. Methods.* 2006; 65: 628–31.
2. Zadroga R, Williams DN, Gottschall R, Hanson K, Nordberg V, Deike M, et al. Comparison of 2 blood culture media shows significant differences in bacterial recovery for patients on antimicrobial therapy. *Clin Infect Dis.* 2013; 56: 790-7.
3. Jaramillo S. Equipos de monitoreo continuo en hemocultivos. *Acta Médica Colombiana.* 1996; 21: 270-5. Nunes, Marra A, Edmond MB, da Silva E, Pires CA. Time to blood culture positivity as a predictor of clinical outcome in patients with *Candida albicans* bloodstream infection. *BMC Infectious Diseases.* 2013; 13: 486.

Gráfica 1.

Tiempos de crecimiento de hemocultivos de bacteriemias verdaderas y contaminantes.



GRANULOCITOS INMADUROS E ÍNDICE DE GRANULACIÓN: POSIBLES MARCADORES PREDICTIVOS DE BACTERIEMIA

Paloma Hernando López de la Manzanara^a, Alfredo Bermejo Rodríguez^b

^a *Estudiante de 6º de Medicina de la Universidad Rey Juan Carlos*

^b *Médico especialista en Hematología y Hemoterapia, Hospital de Fuenlabrada.*

ABSTRACT

Palabras clave: granulocitos inmaduros, Neut-X, bacteriemia.

Introducción: La frecuencia de las bacteriemias ha aumentado últimamente debido al envejecimiento de la población y a las nuevas técnicas invasivas. Debido al largo período de incubación de algunos microorganismos en los hemocultivos, en ocasiones resulta complicado establecer el diagnóstico de algunas bacteriemias de manera precoz, lo que retrasa la instauración de un tratamiento adecuado.

Objetivo: El objetivo de nuestro trabajo es evaluar la utilidad del recuento de granulocitos inmaduros (GI) y del índice de granulación de los neutrófilos (Neut-X) a la hora de predecir si el hemocultivo de un paciente con síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SIRS) resultará verdaderamente positivo o no.

Material y métodos: Se trata de un estudio observacional retrospectivo de corte transversal en población hospitalaria. Se seleccionaron todos los pacientes con SIRS y hemocultivo positivo entre septiembre y diciembre de 2013 del Hospital de Fuenlabrada. Fueron elegibles para el estudio 109 pacientes, clasificados posteriormente en dos grupos según los resultados de los hemocultivos: bacteriemia verdadera (n= 59) y contaminación (n= 50). Se recogieron los parámetros del hemograma junto con los GI (en valor absoluto y en porcentaje) y Neut-X, analizados con el contador celular Sysmex XE-5000. A continuación se realizó estadística descriptiva, distribuciones y estadísticos comparativos mediante el programa SPSS 15.0.

Resultados: En la tabla 1 podemos observar la estadística comparativa entre los dos grupos de pacientes, apreciándose una diferencia estadísticamente significativa entre los GI de ambos grupos. En el caso de Neut-X no se constata diferencia significativa. Mediante curvas ROC se han establecido puntos de corte para cada parámetro cuantitativo, con el objeto de poder discriminar los pacientes pertenecientes a cada grupo con la mayor sensibilidad y especificidad posibles. Las tablas de contingencia resultantes son significativas para leucocitos, neutrófilos y GI, de tal manera que unascifras por encima de los valores de corte (11000 leucocitos/ μ L, 9355 neutrófilos/ μ L, 81.9% de neutrófilos, 60GI/ μ L y 0.6% de GI) indicarían una mayor probabilidad de sepsis verdadera.

Conclusiones:

1. Consideramos los recuentos absolutos y porcentuales de GI como parámetros muy útiles a la hora de predecir si un paciente con SIRS va a tener un hemocultivo realmente positivo.
2. No constatamos resultados relevantes con respecto al Neut-X en nuestro estudio.
3. Sería aconsejable realizar un estudio prospectivo con análisis multivariante para verificar la utilidad del conjunto y de cada uno de los parámetros cuantitativos (leucocitos, neutrófilos y GI) como marcadores de sepsis.

Bibliografía:

1. Angus DC, Van der Poll T. Severe sepsis and sepsis shock. The New England Journal of Medicine 2013; 369:840-851.
2. Lee CH, Kim J, Park Y, Park YC, Kim Y, Yoon KJ, et al. Delta neutrophil index discriminates true bacteriemia from blood culture contamination. Clinica Chimica Acta 2014; 427; 11-14.
3. Frings DP, Montag B, Heydorn A, Friedmann M, Pothmann W, Nierhaus A. Immature granulocytes, immature myeloid cells and outcome in adult severe sepsis and septic shock. 16th Annual Congress European society of Intensive Care Medicine (ESICM): October 5-8, 2003.
4. Nierhaus A. Immature myeloid cell detection (IMI, IG) as a predictive marker in adult human sepsis. Abstract of a presentation/publication on a Sysmex symposium, 2003.
5. Ali Ansari-Lari M, Kickler TS, Borowitz MJ. Immature Granulocyte Measurement Using Sysmex XE-2100. Am J Clin Pathol 2003; 120: 795-799.
6. Cimenti C, Wolfgang E, Wilhelm M, Resch B. The role of Immature Granulocyte Count and Immature Myeloid Information in the Diagnosis of Neonatal Sepsis. Neonatal Bacterial Infection 2013. Capítulo 5, 60-77. Accesible en URL: <http://www.intechopen.com/books/neonatal-bacterial-infection/the-role-of-immature-granulocyte-count-and-immature-myeloid-information-in-the-diagnosis-of-neonatal>
7. Cymbalista F. Usefulness of Neut-X determination in routine diagnostic procedures: application to myelodysplastic syndromes. Diagnostic Perspectives. Vol 1, 12-19.
8. Tejeswini V, Kande S, Premalatha P, Rayapa Reddy T. Correlation of granularity index with toxic granulation of neutrophils by manual microscopy and C-reactive protein. Journal of Dental and Medical sciences. Vol 3; 2; 35-39.
9. Luo Y, Lin J, Chen H, Zhang J, Peng S, Kuang M. Utility of Neut-X, Neut-Y and Neut-Z parameters for rapidly assessing sepsis in tumor patients. Clinica Chimica Acta 2013; 422; 5-9.

Tabla 1. Análisis comparativo de medias (distribuciones normales) y medianas (distribuciones no normales) de los parámetros cuantitativos.

	BACTERIEMIA	CONTAMINADOS	
	Media + DS	Media + DS	P
LEUCOCITOS / μL	12814 + 6506	9972 + 4787	0.01
NEUTRÓFILOS/ μL	10907 + 6122	7563 + 3521	0.001
% NEUTRÓFILOS	83 + 8.5	76 + 13.2	0.002
NEUT-X	139.3 + 5.8	137.7 + 4.2	0.10
	Mediana (p25-p75)	Mediana (p25-p75)	P
GI/ μL	80 (40-150)	40 (20-62.5)	0.001
% GI	0.6 (0.5-1.2)	0.001	0.001

BACTERIEMIAS EN PACIENTES ADULTOS QUE ACUDEN A URGENCIAS, ESTUDIO DESCRIPTIVO AÑOS 2012-2013

N.A. Abdallah Kassab^a, M. Saiz Sánchez-Buitrago^a, A.C Pérez Jaén^a, M. Castellanos González^a, J. M. Ruiz-Giardín^b

^a *Estudiante de sexto de Grado en Medicina. Grupo de Bacteriemias. Hospital Universitario de Fuenlabrada. Facultad Ciencias de la Salud. Universidad Rey Juan Carlos. Madrid.*

^b *Servicio de Medicina Interna. Sección de Enfermedades Infecciosas. Hospital Universitario de Fuenlabrada. Madrid.*

ABSTRACT

Palabras clave: hemocultivos. Servicio de Urgencias. Bacteriemia.

Objetivo: Describir las bacteriemias diagnosticadas en el área de Urgencias del Hospital Universitario de Fuenlabrada y que son un indicador, fundamentalmente, de las bacteriemias extrahospitalarias de la ciudad de Fuenlabrada.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de todos los paciente mayores de 15 años con hemocultivos positivos extraídos en el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de Fuenlabrada, entre Enero de 2012 y Diciembre de 2013.

De cada paciente con hemocultivo positivo se han recogido 146 variables de tipo clínico, microbiológico, terapéutico y epidemiológico entre los que se incluyen: edad, sexo, comorbilidades asociadas, tipo de microorganismo, lugar de adquisición, número de ingresos hospitalarios en el año previo, temperatura, hipotensión y otros síntomas en el momento de la extracción de los hemocultivos, destino (alta o ingreso), principales diagnósticos y evolución de la bacteriemia a curación o muerte.

En el estudio de variables cuantitativas, se ha comprobado si siguen una distribución normal, eligiendo en este caso media y desviación estándar, o si por el contrario, no la siguen, se ha empleado la mediana y rango intercuartil con el test de la mediana.

Para el cálculo de los porcentajes de las variables categóricas se realizaron tablas de contingencia con análisis de Chi cuadrado. Si alguna de las casillas tenía un valor menor a 5 se empleó el test exacto de Fisher. Para la comparación entre proporciones se empleó la macro para el cálculo del INTERVALO DE CONFIANZA DE LA DIFERENCIA ENTRE DOS PROPORCIONES INDEPENDIENTES DE LA RAZÓN DE ODDS, 1998 ©

J.M.Domenech-Massons y R.Granero-Perez, procesados con el procesador estadístico SPSS. Se ha considerado significación estadística si $p < 0,05$.

Resultados: Se incluyeron 641 pacientes mayores de 15 años, con una edad media de 67,42 años (DE 18.24), con hemocultivos positivo en urgencias. De los hemocultivos positivos, 276 (43,1%) resultaron ser verdaderos positivos o bacteriemias y 365 (56,9%) contaminantes.

En cuanto a los contaminantes los microorganismos identificados con mayor frecuencia fueron los *S.coagulasa* negativos en 255 hemocultivos (70,1%). (Ver Tabla 1)

De las bacteriemias el 55,8 % se dieron en hombres y el 44,2% en mujeres. Los microorganismos predominantes en las bacteriemias fueron las bacterias gram negativas identificadas en 182 hemocultivos (65,9%), siendo las *enterobacterias* el grupo más numeroso, identificado en 164 he-

mocultivos (59,9%), y *E.coli* el microorganismo más frecuente, identificado en 121 hemocultivo, siendo responsable del 43,8% de todas las bacteriemias (ver Tabla 1). La diferencia absoluta de la proporción entre bacteriemias por gram negativos y gram positivos es del 36% IC 95% (28%- 44%) con $p < 0.001$.

La adquisición de la bacteriemia fue predominantemente extrahospitalaria (69,7%), la asociada a cuidados sanitarios supuso el 23,6%, siendo de origen intrahospitalario sólo el 6,2%.

El 66,3% de los casos tenía fiebre (temperatura axilar mayor o igual a 38°C) en el momento de la extracción de los hemocultivos. El origen más frecuente de la bacteriemia fue la infección de tracto urinario (38,57%), seguido de la infección abdominal (20,22%), bacteriemias sin foco (9,3%), infección de vías respiratorias bajas (7,86%), infección de otras localizaciones (25,4%). Un 20,66% de los pacientes con bacteriemia habían ingresado en los últimos 30 días al actual ingreso y el 75,5% presentaban alguna comorbilidad asociada (DM, cardiopatía, hepatopatía, enfermedad renal, enfermedad pulmonar crónica, neoplasia activa, adicción a drogas y alcoholismo).

La mortalidad fue del 7,4% y de los fallecidos la mayoría se debió a otros procesos no relacionados con la bacteriemia.

El 9,5% de las bacteriemias (25 pacientes) fueron dadas de alta a domicilio y 238 (90,5%) ingresaron. El 84% de los pacientes dados de alta y el 86% de los que ingresaron lo hicieron con un tratamiento antibiótico empírico adecuado. Sólo 6 pacientes (24%) de los dados de alta volvieron a consultar por el mismo motivo. De los pacientes dados de alta a domicilio ninguno falleció, no existiendo diferencia estadísticamente significativa entre la mortalidad de los dados de alta y de los ingresados ($p=0,12$).

Conclusiones: Las bacterias gram negativas son los microorganismos predominantes en las bacteriemias diagnosticadas en urgencias, esto podría deberse a que el origen más frecuente de las mismas son las infecciones de tracto urinario.

Un porcentaje importante de las bacteriemias diagnosticadas en urgencias corresponden a bacteriemias asociadas a cuidados sanitarios.

Un porcentaje importante (43,7%) de las bacteriemias fueron diagnosticadas en pacientes sin fiebre en el momento de la extracción de los hemocultivos.

Un 9,5% de las bacteriemias son dadas de alta a domicilio, sin que aumente su mortalidad con un alto porcentaje de tratamiento antibiótico empírico adecuado y solo 24% vuelve a consultar por el mismo motivo en los días posteriores.

Bibliografía:

1. Mòdol Deltell JM; Tudela P. Bacteriemia oculta o bacteriemia adultos dados de alta desde urgencias. Med Clin (Barc) 2014; 142: 111-113.
2. Tudela P; Lacoma A; Prat C et al. Predicción de bacteriemia en los pacientes con sospecha de infección en urgencias. Med Clin (Barc) 2010; 135: 685-690.
3. Cisneros-Herreros JM; Sánchez González M; P r a dos - B l a nco M T et al. Hemocultivos en el servicio de urgencias. Enferm Infecc Microbiol Clin 2005; 23: 135-9.
4. Javaloyas M; Jarné J; García D; Gudiol F. Bacteriemia en pacientes dados de alta desde el servicio de urgencias. Med Clin (Barc) 2001; 116: 692-3.

Tabla 1. Microorganismos más frecuentes en los hemocultivos positivos en urgencias

			Hemocultivos (HC) positivos en urgencias (urg)		
			Bacteriemias	Contaminantes	Total
microorganismo	<i>polimicrobiana</i>	Recuento	15	24	39
		% en los HC de urg	5,5%	6,6%	6,1%
	<i>Enterobacterias</i>	Recuento	164	2	166
		% en los HC de urg	59,9%	,5%	26,0%
	<i>Streptococcus sp</i>	Recuento	13	21	34
		% en los HC de urg	4,7%	5,8%	5,3%
	<i>Enterococcus sp</i>	Recuento	7	0	7
		% en los HC de urg	2,6%	,0%	1,1%
	<i>Bacteroides spp</i>	Recuento	4	1	5
		% en los HC de urg	1,5%	,3%	,8%
	<i>Bacilo gram negativo no fermentador</i>	Recuento	3	0	3
		% en los HC de urg	1,1%	,0%	,5%
	<i>Staphylococcus coagulasa negativo</i>	Recuento	15	255	270
		% en los HC de urg	5,5%	70,1%	42,3%
	<i>Streptococcus pneumoniae</i>	Recuento	9	0	9
	% en los HC de urg	3,3%	,0%	1,4%	
<i>Corynebacterium spp</i>	Recuento	1	18	19	
	% en los HC de urg	,4%	4,9%	3,0%	
<i>Staphylococcus aureus</i>	Recuento	25	0	25	
	% en los HC de urg	9,1%	,0%	3,9%	
Total	Recuento	274	364	638	
	% en los HC de urg	100,0%	100,0%	100,0%	
		42,9%	57,1%	100%	

¿ES POSIBLE TOMAR UNA DECISIÓN TERAPÉUTICA CON EL RESULTADO OBTENIDO EN LA TINCIÓN DE GRAM EN LAS BACTERIEMIAS?

A.C Pérez Jaén^a, M. Castellanos González^a, N.A Abdallah Kassab^a, M. Saiz Sánchez-Buitrago^a, J.M Ruíz-Giardín^b

^a Estudiantes de Grado en Medicina. Grupo de Bacteriemias. Hospital Universitario de Fuenlabrada. Universidad Rey Juan Carlos. Madrid.

^b Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Fuenlabrada. Madrid

ABSTRACT

Palabras clave: Bacteriemia. Tinción de Gram. Antibiograma. Adquisición.

Objetivo: Determinar si es posible tomar una decisión terapéutica en los pacientes con bacteriemia en función del aviso microbiológico de la tinción de Gram (el Gram precede en 24-48 horas a la identificación definitiva del microorganismo con su antibiograma).

Material y métodos: Análisis descriptivo retrospectivo de todos los hemocultivos (HC) positivos en la población no pediátrica del Hospital Universitario de Fuenlabrada (HUF) durante el periodo comprendido entre enero 2012 y enero 2014.

Se recogieron semanalmente todos los HC positivos del Servicio de Microbiología analizándose además 145 variables epidemiológicas, microbiológicas (Gram, microorganismo), clínicas, analíticas y terapéuticas del paciente al que correspondía el HC positivo. Con estos datos se clasificaron los HC como verdaderos positivos (bacteriemias) o contaminantes. Los HC correspondientes a bacteriemias, se agruparon por la tinción de Gram, clasificándolos en Gram positivos (GP) y tinción Gram negativos (GN). Posteriormente se analizaron los lugares de adquisición (extrahospitalarias, intrahospitalarias y asociadas a cuidados sanitarios (ACS)), con intención de analizar la posible administración de antibioterapia empírica adecuada en función del lugar de adquisición de la bacteriemia y del Gram de microorganismo responsable de la misma, ya que el Gram se adelanta en 24-48 horas a la identificación definitiva del microorganismo responsable de la bacteriemia.

Definiciones:

- *Tinción de Gram:* método de caracterización de bacterias mediante el uso de un colorante básico permitiendo diferenciarlas en GP y GN en función de diferencias constitutivas en la estructura de sus paredes celulares.

- *Bacteriemia de adquisición extrahospitalaria:* tiene su origen en la comunidad y es detectada dentro de las primeras 48 horas de hospitalización, no mediando durante ese período ninguna actividad asistencial que pueda haberla inducido.

- *Bacteriemia asociada a cuidados sanitarios:* secundaria a un procedimiento diagnóstico o terapéutico realizado de forma ambulatoria, bacteriemias en pacientes ambulatorios portadores de sondas urinarias y catéteres intravenosos o en pacientes ingresados en residencias de ancianos y en centros de larga estancia.

- *Bacteriemia nosocomial o intrahospitalaria:* adquirida durante el ingreso hospitalario, no estando presente ni en periodo de incubación en las primeras 48 horas al ingreso.

- *Método estadístico:* Para el cálculo de los porcentajes de las variables categóricas se realizaron tablas de contingencia con análisis de Chi cuadrado. Si alguna de las casillas tenía un valor menor

a 5 se empleó el test exacto de Fisher. Para el cálculo de los intervalos de confianza de una proporción se empleó la macro para SPSS Macro! CIP V2003.07.15© A.Bonillo, JM.Domenech & R.Granero, Confidence intervals for proportions, con intervalos de confianza del 95%. Para la comparación entre proporciones se empleó la macro para el cálculo del intervalo de confianza de la diferencia entre dos proporciones independientes de la razón de odds, 1998© J.M.Domenech-Massons y R.Granero-Perez, procesados en el procesador estadístico SPSS. Se ha considerado significación estadística si $p < 0,05$.

Resultados: Se analizaron un total de 1173 episodios clínicos con sospecha de bacteriemia, se obtuvieron 522 tandas de HC verdaderos positivos y 610 tandas de HC contaminantes. De las bacteriemias (522 casos) un 54% eran por GN siendo el grupo bacteriano más frecuente las Enterobacterias (49,9%). En relación a los GP Staphylococcus coagulasa negativo (SCN) (16,3%) y Staphylococcus aureus (*S. aureus*) (9%) fueron los microorganismo más frecuentes.

La diferencia absoluta de la proporción de *S. aureus* en las bacteriemias asociadas a cuidados sanitarios fue de un 35% (IC95%:6,2%; 42,8%; $p < 0,01$) en relación a la proporción de *S. aureus* en bacteriemias de adquisición extrahospitalaria, siendo la razón de proporciones de 2,8 (IC95%:1,22%; 4,26%; $p < 0,01$).

En cuanto a las bacteriemias GP por SCN, la diferencia absoluta de proporción entre las bacteriemias ACS frente a las de origen extrahospitalario fue del 21,2% (IC95%:5%; 37%; $p < 0,01$); siendo la razón de proporciones de 3,8 (IC95%:1,3%; 7,9%; $p < 0,01$). Más significativa es la diferencia absoluta de proporción entre las bacteriemias por GN de origen extrahospitalario frente a las intrahospitalarias, siendo del 38% (IC95%:24,7%; 51,4%; $p < 0,01$), con una razón de proporciones de 2,17 (IC95%:1,51%; 3,14%; $p < 0,01$). Analizando los datos obtenidos del estudio de los antibiogramas de los GP, la proporción de microorganismos resistentes a oxacilina en los grupos de bacteriemias intrahospitalarias y ACS es elevado, suponiendo un 58,41% (58 casos) y 30% (12 casos) respectivamente. En cambio en las bacteriemias extrahospitalarias supone un 11,1% (7 casos).

Los GN por otra parte tiene una proporción de bacterias productoras de betalactamasas de espectro extendido (BLEE) en las bacteriemias ACS del 14% (7 casos) y en las de origen intrahospitalario del 12% (8 casos). En las de adquisición extrahospitalaria la proporción de bacterias BLEE alcanza el 2,4% (4 casos), destacando en este grupo una sensibilidad a quinolonas del 85% y a cefalosporinas de tercera generación del 97,5%. Los GN aislados en las bacteriemias de origen intrahospitalario también presentación una tasa de resistencia a cefalosporinas de tercera generación del 16,9% (11 casos).

Conclusión: La distribución de los microorganismos asociados a bacteriemia en nuestro medio es similar a los datos de las series publicadas. Las bacteriemias por GP son superiores a las bacteriemias por GN en las bacteriemias intrahospitalarias.

Las bacteriemias por GN son superiores a las bacteriemias por GP tanto en las bacteriemias ACS como en las bacteriemias extrahospitalarias.

En las bacteriemias por GP, los SCN son los microorganismos más frecuentes en las de adquisición intrahospitalaria, mientras que *S. aureus* es el más frecuente en las bacteriemias ACS. En cuanto a las bacteriemias por GN, *E. coli* se presenta de forma significativamente más frecuente en las bacteriemias extrahospitalarias frente a los demás lugares de adquisición.

Interpretando los datos obtenidos del estudio de los antibiogramas se recomienda el uso de vancomicina en aquellas bacteriemias por GP ya sea ACS o de adquisición intrahospitalaria por el alto porcentaje de resistencia a oxacilina. Solo en el caso de las bacteriemias de origen extrahospitalario se podría aplazar el uso de vancomicina en función de la situación clínica del paciente.

En cuando a los BGN, las bacterias productoras de BLEE son superiores en las bacteriemias de origen intrahospitalario y las ACS frente a una baja proporción en las extrahospitalarias, donde sería una opción de tratamiento empírico el uso de quinolonas o cefalosporinas de tercera generación. Sin embargo, estos tratamientos no serían recomendables en las bacteriemias por GN ya sea de adquisición intrahospitalario o las ACS.

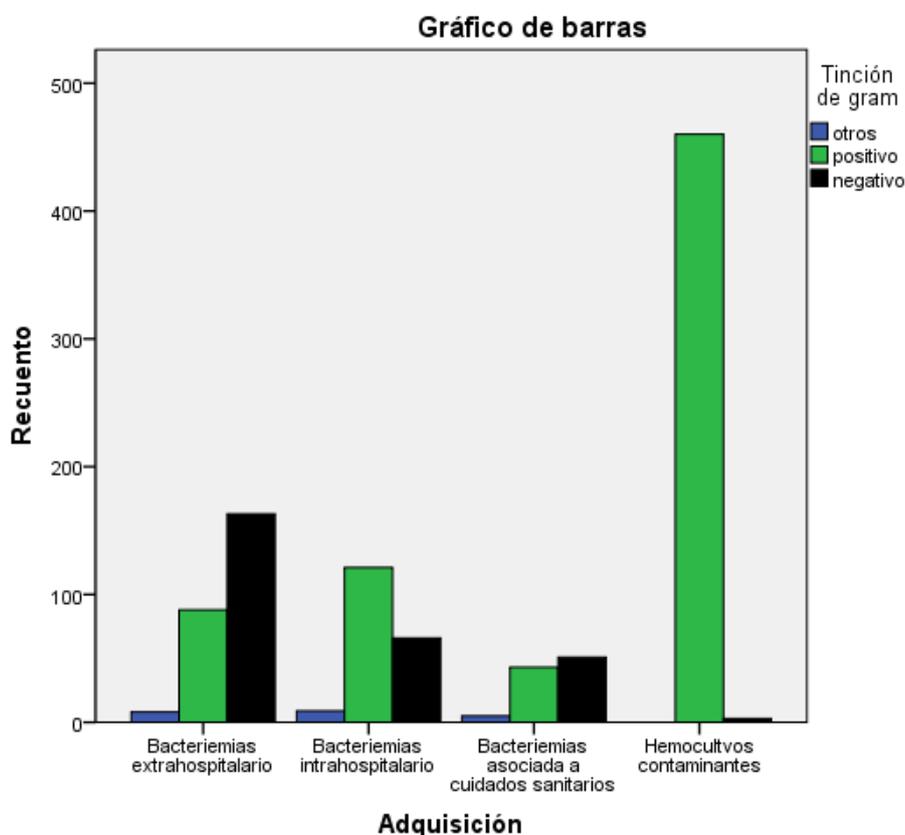
Así pues teniendo en cuenta el lugar de adquisición y el Gram y considerando los patrones de sensibilidad y resistencia en nuestro medio, se puede instaurar un tratamiento empírico adecuado con el resultado obtenido en la tinción de Gram a la espera de la obtención del antibiograma definitivo.

Bibliografía:

1. Cisneros-Herreros JM, Cobo-Reinoso J, Pujol-Rojo M, Rodríguez-Baño J, Salavert-Lletí M. Guía para el diagnóstico y tratamiento del paciente con bacteriemia. Guías de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC). *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2007; 25: 111-30.
2. Bouza E, Pérez-Molina J, Muñoz P. Report of ESGNI01 and ESGNI02 studies. *Bloodstream infections in Europe. Clin Microbiol Infect* 1999; 5 : 2S1-2S12
3. Cisneros JM, Sánchez-González M, Prados MT, Llanos C, Vigil E, Soto-Espinosa B, et al. Hemocultivos en el servicio de Urgencias. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2005; 23: 135-39.
4. Azansa J, Barberan J, Gracia J, Limares P, Mensa J, Picasso J et al. Recomendaciones para el tratamiento de las infecciones nosocomiales producidas por microorganismo Gram positivos. *Rev Esp Quimioterap* 2004; 17: 271-8.
5. Vives-Soto M, Difabio M. Tratamiento de las infecciones por enterobacterias. *Medicina* 2010; 10:3432-9.

Gráfica 1.

Número de hemocultivos positivos obtenidos en función del resultado de la tinción de Gram y el lugar de adquisición del microorganismo.



¿ACIERTA EL CLÍNICO EN EL ORIGEN SOSPECHADO DE LA BACTERIEMIA?

M. Castellanos González^a, N.A. AbdallahKassaba^a, M. Saiz Sánchez-Buitrago^a, A.C. Pérez Jaén^a, J.M. Ruíz Giardín^b

^a *Estudiante de Grado de Medicina. Grupo de Bacteriemias. Hospital Universitario de Fuenlabrada. Universidad Rey Juan Carlos.*

^b *Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Fuenlabrada. Madrid.*

ABSTRACT

Objetivos: Analizar el grado de acierto entre la sospecha inicial de origen de bacteriemia y el diagnóstico final de la misma, y determinar si influye en la elección del antibiótico empírico y en el pronóstico de la bacteriemia.

Material y métodos: Análisis descriptivo retrospectivo poblacional de todos los hemocultivos positivos, en población no pediátrica, del Hospital Universitario de Fuenlabrada durante dos años (enero 2012- enero 2014).

Semanalmente se recogieron del departamento de microbiología todos los hemocultivos positivos, de los que se analizaron 145 variables epidemiológicas, microbiológicas, clínicas, analíticas y terapéuticas, por paciente revisando la historia clínica de los mismos.

Con estos datos los hemocultivos fueron clasificados como verdaderos positivos o contaminantes. De los hemocultivos diagnósticos de bacteriemia se analizó si el foco de origen presuntivo inicial recogido en la historia clínica de los pacientes coincidía con el foco de origen final de certeza de la bacteriemia. Igualmente se analizó si el tratamiento empírico fue adecuado o inadecuado y si influyó en la mortalidad directamente relacionada con bacteriemia.

Método estadístico: Para el cálculo de los porcentajes de las variables categóricas se realizaron tablas de contingencia con análisis de Chi cuadrado. Si alguna de las casillas tenía un valor menor a 5 se empleó el test exacto de Fisher. Para el cálculo de los intervalos de confianza de una proporción se empleó la macro para SPSS Macro! CIP V2003.07.15 (c)

A.Bonillo, JM.Domenech&R.Granero CONFIDENCE INTERVALS FOR PROPORTIONS, con intervalos de confianza del 95%. Para la comparación entre proporciones se empleó la macro para el cálculo del INTERVALO DE CONFIANZA DE LA DIFERENCIA ENTRE DOS PROPORCIONES INDEPENDIENTES DE LA RAZÓN DE ODDS, 1998 © J.M.Domenech-Massons y Granero-Perez, procesados en el procesador estadístico SPSS. Se ha considerado significación estadística si $p < 0,05$.

Resultados: Se analizaron un total de 1173 episodios clínicos con sospecha de bacteriemia, se obtuvieron 522 tandas de HC verdaderos positivos y 610 tandas de HC contaminantes. De los microorganismos aislados el más frecuente a nivel global fueron las Enterobacterias (49.9%), seguidas del S.coagulasa negativo (16.3%).

Según los focos de bacteriemias, observamos como en el urinario, digestivo y respiratorio predominan las Enterobacterias, a nivel vascular el S.coagulasa negativo y en piel y partes blandas hallamos en igual proporción ureus y Enterobacterias.

En cuanto al foco de origen más frecuente resultó ser el urinario 136/522 (27.5%), seguido del digestivo 98/522 (19.8%) y vascular 98/522 (18.7%).

La mayoría de las bacteriemias son de origen extrahospitalario 233/522 (45.5%), seguidas de aquellas de origen intrahospitalario 175/522 (34.2%) y las asociadas a cuidados sanitarios 95/522 (18.6%).

Centrándonos en las bacteriemias extrahospitalarias, el foco de origen más frecuente es el urinario (87%), seguido por digestivo (65%) y respiratorio (22%). A nivel intrahospitalario lo fueron el vascular (69%), desconocido (38%), digestivo (19%), urinario (19%) y respiratorio (12%). Por último, aquellas asociadas a cuidados sanitarios presentan por frecuencia origen urinario (29%), vascular (18%) y desconocido (15%).

Globalmente el grado de acierto del clínico es mayor en las bacteriemias de origen respiratorio 41/45 (91.1%), en segundo lugar urinario 118/136 (86.6%), seguido de digestivo 81/98 (82.7%), piel y partes blandas 22/30 (73.3%) y vascular 50/85 (58.8%). La diferencia absoluta entre el grado de acierto del origen respiratorio y digestivo no resulta significativo $p=0.18$ 8% IC95% (-2%;19%).

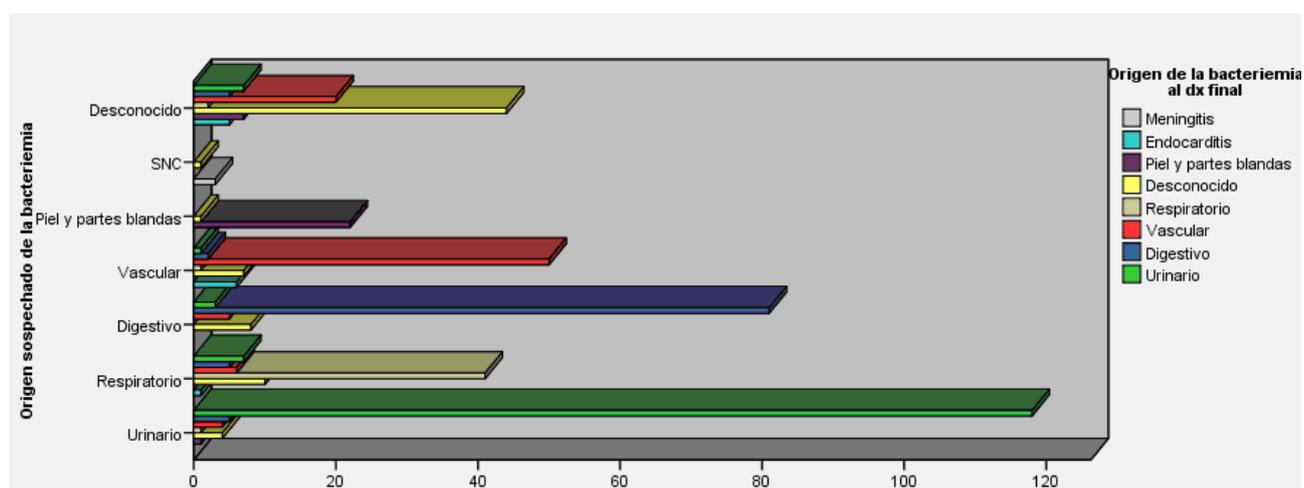
La diferencia entre los orígenes respiratorio y piel y partes blandas raya la significación clínica 17% IC95% (0%; 35%), $p=0.03$, así como las diferencias entre el origen urinario y piel y partes blandas 13% IC95% (-3%;30%), $p=0.06$.

Sin embargo, la diferencia es significativa si comparamos el acierto en los focos de origen digestivo y vascular $p<0.001$ 23.8% IC95% (10%;36%), así como la diferencia entre origen urinario y vascular $p<0.001$ 27.9% IC95% (16%;39%) y la diferencia entre el origen respiratorio y vascular $p<0.001$ 32.2% IC95% (18%;45%).

Si comparamos los tratamientos empíricos recibidos según el foco de origen real de la bacteriemia, vemos que el tratamiento antibiótico empírico adecuado es significativamente superior en todos los focos en relación al origen vascular que de forma significativa recibe más tratamientos antibióticos empíricos inadecuados $p<0.002$ 31% IC95%(13%;49%). Siendo la mayor diferencia con el foco de origen urinario 39% IC95% (27%; 50%).

La mortalidad directamente relacionada con el origen sospechado de la bacteriemia no presenta diferencias estadísticamente significativas entre los diferentes focos de origen con una $p> 0.05$.

Gráfica 1. Relación de origen sospechado y diagnóstico final



Conclusiones: Sí existe diferencia significativa en el grado de acierto del clínico en el foco de la bacteriemia, cuando el foco es de origen respiratorio, urinario y digestivo, frente al vascular.

Existen diferencias entre el antibiótico empírico elegido, cuando el foco de origen de la bacteriemia es vascular, en cuyo caso es incorrecto de forma significativamente superior al resto de orígenes. En caso de elegir un antibiótico que no resulte efectivo para el origen vascular, no parece afectar finalmente a la mortalidad, lo que podría indicar que las bacteriemias de origen vascular son de mejor pronóstico.

Bibliografía:

1. P.G. Davey, C. Marwick. Appropriate vs. inappropriate antimicrobial therapy. *ClinMicrobiol Infect* 2008; 14:15– 21.
2. J.M. Ruiz-Giardin, B. C Jimenez, R. M Martin et al. Clinical diagnostic accuracy of suspected sources of bacteremia and its effect on mortality. *Eur J of Intern Med* 2013 ; 14: 541–5.
3. E. Loza Fernández de Bobadilla, A. Planes Reig, M. Rodríguez Creixems. Guía para el Diagnóstico y tratamiento del paciente con bacteriemia. *EnfermInfeccMicrobiolClin* 2007;25 :111-30.

II. BLOQUE DE ATENCIÓN PRIMARIA Y MEDICINA PREVENTIVA

SATISFACCIÓN DEL PACIENTE INGRESADO

María Mateos González^a, Dra. Isabel González Anglada^b

^a *Estudiante de 6º curso de Grado en Medicina de la Universidad Rey Juan Carlos.*

^b *Doctora en Medicina, especialista en Medicina Interna. Hospital Universitario Fundación Alcorcón.*

ABSTRACT

Introducción: El cuidado centrado en el paciente es cada vez más reconocido como un enfoque integral de la atención sanitaria. La evaluación de la calidad del proceso asistencial sanitario es fundamental para la mejora continua. El estudio de la calidad percibida por el paciente es un aspecto clave en este ciclo de mejora.

Objetivo: Conocer el grado de satisfacción del paciente ingresado y los factores con los que se asocia. Analizar las diferencias en el grado de satisfacción y seguridad entre dos servicios médicos y dos quirúrgicos.

Metodología: Se trata de un estudio descriptivo transversal. Se realiza una encuesta de satisfacción a los pacientes ingresados en el Hospital Universitario Fundación Alcorcón (HUFA) en los servicios de Traumatología, Cirugía General, Medicina Interna y Neumología, durante un período de 30 días consecutivos desde el 10 de Febrero al 10 de Marzo. Se visitaba a cada paciente el día del alta hospitalaria y se le entregaba una encuesta de satisfacción que contestaba anónima y voluntariamente, con previo consentimiento informado. La encuesta ha sido validada en estudios previos y utilizada en el Proyecto SENECA, recoge variables relacionadas con la calidad asistencial percibida (ver anexo).

Los datos obtenidos se analizaron con el programa estadístico SPSS: las variables cualitativas se compararon con Chi-Cuadrado y las cuantitativas con T de Student y ANOVA para la comparación de las medias. Se realizó una regresión logística de las variables significativas para comprobar cuáles eran más influyentes en el grado de satisfacción.

Resultados: Se entregaron 371 encuestas y respondieron 216 pacientes. La edad media fue de 67,9 años, un 55,2% varones, el nivel de estudios fue básico en un 72,1%, un 66,2% ingresaron de forma urgente y la distribución por servicios fue: Traumatología 16,2 %, Cirugía General 27,3 %, Medicina Interna 43,1 % y Neumología 13,4 %.

La satisfacción global de los pacientes ingresados fue excelente resultando de 9,36 puntos en una escala del 1 al 10, correspondiente a la excelencia asistencial ($\pm 0,624$ DE). La valoración de la seguridad percibida fue 83,9% y el control del dolor 58,7%. El 70,5% de los pacientes recomendarían el servicio donde ingresaron.

Existieron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la satisfacción entre los servicios ($p=0,032$), con el dolor sufrido ($p=0,000$), con la seguridad percibida ($p=0,014$), con la información sobre el tratamiento al alta ($p=0,048$) y la recomendación del servicio ($p=0,038$).

No se observó asociación entre el nivel de satisfacción y el tipo de ingreso programado/urgente, la edad, el sexo, ni el nivel de estudios.

Para valorar los factores relacionados con una satisfacción excelente se realizó una regresión logística en la que se introdujeron las variables edad, sexo, nivel cultural, dolor seguridad y satisfac-

ción con la información; permaneciendo únicamente significativa la satisfacción relacionada con la información ($p=0,000$, Odds Ratio=40,36).

Como propuestas de mejora destaca el cambio de la comida y un mayor control en el proceso de ingreso desde urgencias a hospitalización.

Conclusiones: Los pacientes ingresados en el HUFA están muy satisfechos con la atención recibida. El dolor no supone gran impacto negativo en la valoración de la satisfacción global. Una adecuada información durante los distintos procesos asistenciales contribuye a un mayor grado de satisfacción y de seguridad. La mejora de la comida y la optimización del tratamiento del dolor, principalmente en los servicios quirúrgicos, podrían aumentar la satisfacción y el bienestar de los pacientes.

Discusión: La calidad asistencial debe ser inherente al servicio sanitario ofrecido. Su evaluación periódica constituye una forma directa de detectar aspectos susceptibles de mejora. Dentro de los indicadores de calidad que miden resultados se incluye la satisfacción del paciente con la atención recibida. Su evaluación es considerada un objetivo de primer orden ya que permite escuchar directamente a los pacientes.

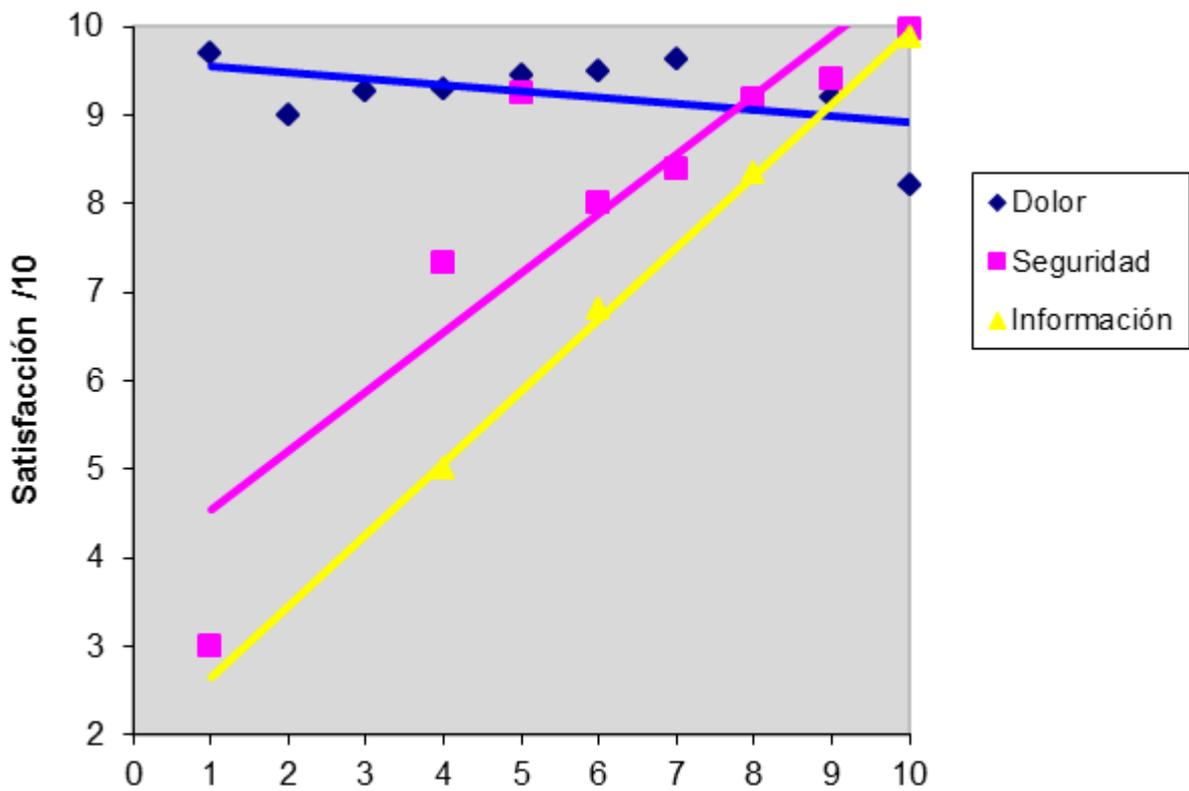
El Servicio Madrileño de Salud realiza anualmente estudios de "Evaluación de la Satisfacción de los usuarios de los Servicios de Asistencia Sanitaria Pública de la Comunidad de Madrid". Según los resultados obtenidos en el último de ellos (2013), el Índice de Satisfacción Global (ISG) obtenido en el Hospital Universitario Fundación Alcorcón (91,56%) fue muy similar al conseguido en este estudio (93,6%), estando por encima de la media de los hospitales de la Comunidad de Madrid del mismo año (90,9%).

En líneas generales, nuestros resultados coinciden con la literatura consultada, concluyendo que para mejorar la asistencia sanitaria a favor de la satisfacción del paciente debemos impulsar la comunicación y la información, así como cuidar su seguridad.

Bibliografía:

- Estándares de calidad de cuidados para la seguridad del paciente en los hospitales del SNS. proyecto SENEca: informe técnico 2008. Madrid: Ministerio de Sanidad y política Social; 2009.
- "Evaluación de la Satisfacción de los usuarios de los Servicios de Asistencia Sanitaria Pública de la Comunidad de Madrid" 2012. Dirección General de Atención Al paciente. Servicio Madrileño de Salud.
- "La Calidad en los Servicios Sanitarios. Una propuesta general para los Servicios Clínicos." Jesús M^a Aranaz Andrés: Servicio de Medicina Preventiva. Hospital General Universitario de Alicante. Departamento de SaludPública. Universidad Miguel Hernández de Elche.
- "Calidad Asistencial, Seguridad del paciente e ineficiencia: estudio de campo en un Hospital de primer nivel". Bernabé Escobar Pérez - M^a Mercedes Lobo López - José Sala TurrensRevista del Instituto Internacional de Costos, ISSN 1646-6896, n^o 5, julio/diciembre 2009
- "La evaluación de la satisfacción en salud: un reto a la calidad", Coralía Massip Pérez; Rosa María Ortiz Reyes; María del Carmen Llantá Abreu; Madai Peña Fortes; Idalmis Infante Ochoa.

Servicios	Satisfacción	Seguridad	Dolor (1-10)	Información
Traumatología	87%	74,8%	6,8	87,8%
Cirugía General	91,8%	82%	4,67	90%
Medicina Interna	95,4%	88,3%	3,28	94,8%
Neumología	97%	87,2%	2,95	97%
Global	93,6%	83,9%	4,13	93%



CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON SÍNTOMAS SOMÁTICOS EN ATENCIÓN PRIMARIA

Esther González Bartol^a, María Isabel del Cura González^b

^a *Estudiante de 6º de medicina de la Universidad Rey Juan Carlos.*

^b *Profesora del Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública.*

ABSTRACT

Palabras clave: Somatoform disorders, quality of life, medically unexplained symptoms

Objetivo: Describir la calidad de vida en pacientes con síntomas somáticos que acuden a consulta de medicina de familia de 14 centros de salud de la Comunidad de Madrid. Describir sus características sociodemográficas y el consumo de recursos sanitarios.

Material y métodos: Estudio descriptivo transversal multicéntrico en atención primaria. Se incluyeron por muestreo consecutivo 132 pacientes, entre 18 y 65 años, con síntomas somáticos medicamente no explicados por los que habían consultado, al menos, 10 veces entre 1/1/2009 y 30/6/2011. Se excluyeron los pacientes diagnosticados de un trastorno mental grave y/o una enfermedad orgánica que explicase los síntomas.

Se recogieron por entrevista clínica las variables sociodemográficas (edad, sexo, nacionalidad, nivel educativo, situación laboral y estado civil a la fecha de inclusión en el estudio) y clínicas (tipo de síntomas, comorbilidad psiquiátrica, consumo de fármacos, pruebas complementarias y derivaciones a otros especialistas). La calidad de vida como variable principal, medida con el cuestionario SF-12, autoadministrado.

Resultados: La media de edad fue de 51,06 (IC 95% 48,74-53,38). El 91,7% eran mujeres. El 93,3% eran españoles. La mayoría vivían en pareja y tenían estudios secundarios. El 9,1% estaba en situación de baja laboral en el momento de inclusión. Los síntomas más comunes fueron dolor (68,9%), astenia (55,3%) y molestias gastrointestinales (53,5%). El trastorno somatomorfo más frecuentemente diagnosticado fue fibromialgia (44,7%). El 59,1% presentaba comorbilidad psiquiátrica. El 60,6% consumía analgésicos y el 47% inhibidores de la bomba de protones. Las pruebas complementarias más realizadas fueron la radiografía simple (74,2%), el electrocardiograma (39,4%) y la RMN (34,1%). Las especialidades más solicitadas fueron reumatología (47,7%) y rehabilitación física (35,6%).

Respecto a la calidad de vida por SF-12, las escalas que obtuvieron peor puntuación fueron rol físico (10,17), rol emocional (11,9) y vitalidad (22,25). La media de calidad de vida en el sumario físico (PCS) fue de 35,44 (IC 95% 32,96- 37,93) y en el sumario mental (MCS) de 32,02 (IC 95% 30,35-34,06). Al comparar las medias del PCS y MCS con las variables sociodemográficas y clínicas, se obtuvieron diferencias significativas con el sexo, las mujeres puntuaron peor en la escala física ($p=0,018$), el estado civil, aquellos que vivían en pareja tuvieron peor resultado en la escala física ($p=0,045$), y la presencia de comorbilidad psiquiátrica, con peor puntuación en la escala mental ($p=0,045$).

Discusión: Las características sociodemográficas de nuestra muestra coinciden con las expuestas en estudios como el de Koch o Aiarzaguena. La mayoría son mujeres, entre 40-55 años, que vi-

ven en pareja y tienen estudios secundarios. Los pacientes con comorbilidad psiquiátrica superan el 50%, como en el estudio de Fjorback, que además señala la fibromialgia como el trastorno más diagnosticado. Respecto a la calidad de vida, todas las escalas puntúan menos de 70, igual que en el estudio de Koch. A diferencia de los estudios revisados, nuestra población obtiene peores puntuaciones en el rol emocional y en la salud mental. La puntuación obtenida en el MCS, es inferior que en el estudio de Brettschneider y el de Fjorback, con mayor diferencia éste último.

Nuestros resultados están limitados a los pacientes que cumplen los criterios exigidos y han consentido la inclusión en el ensayo clínico en el que está anidado nuestro estudio.

Conclusión: Los pacientes somatizadores tienen peor calidad vida que la media poblacional, afectándose llamativamente el rol físico y emocional. La mayoría son mujeres, de edad media, con estudios secundarios y que conviven en pareja. Consumen gran cantidad de recursos sanitarios. Los principales síntomas somáticos son dolor, astenia y molestias digestivas. La fibromialgia es el trastorno diagnosticado más frecuente.

Bibliografía:

1. A López, MI Del Cura, L Caballero, T Sanz, MI Díaz et al. Effectiveness of a cognitive behavioral intervention in patients with medically unexplained symptoms: cluster randomized trial. *BMC Family Practice* 2012, 13:35.
2. ZQ Al Busaidi. The concept of somatisation: A cross-cultural perspective. *SQU MED J.* 2010; 10 (2): 180-186.
3. H Koch, MA van Bokhoven, G. Ter Riet, T. van der Weijden, GJ Didant, P Bidels. Demographic characteristics and quality of life of patients with unexplained complaints: a descriptive study in general practice. *Qual Life Res.* 2007; 16:1483-1489.
4. JM Aiarzaguena, G Grandes, I Gaminde, A Salazar, A Sanchez y J Ariño. A randomized controlled clinical trial of a psychosocial and communication intervention carried out by GPs for patients with medically unexplained symptoms. *Psychological Medicine.* 2007; 37: 283-294.
5. LO Fjorback, M Arendt, E Ornbol, H Walach, E Rehfeld, A Schröder, P Fink. Mindfulness therapy for somatization disorder and functional somatic syndrome: Randomized trial with one-year follow-up. *J. Psychosom Res.* 2013; 74 (1): 31-40.
6. C Brettschneider, HH König, W Herzog, C Kaufmann, R Schaefer, A Konnopka. Validity and responsiveness of the EQ-5D in assessing and valuing health status in patients with somatoform disorders. *Health and Quality of Life Outcomes.* 2013; 11 (3)
7. TM Edwards, A Stern, DD Clarke, G Ivbijaro, LM Kasney. The treatment of patients with medically unexplained symptoms in primary care: a review of the literature. *Ment Health Fam Med.* 2010; 7:209–221.
8. RC Smith, MD, MS, JC Gardiner, Z Luo, S Schooley, L Lamerato and K Rost. Primary care physicians treat somatization. *J Gen Intern Med.* 2009; 24(7): 829–32.
9. R Tuesca. La calidad de vida, su importancia y como medirla. *Salud Uninorte.* 2005 21:76-86
10. A Martín et al. A one-session treatment for patients suffering from medically unexplained symptoms in primary care: a randomized clinical trial. *Psychosomatics* 2007; 48: 294-303.

Tabla 1: Puntuación del cuestionario de Salud: SF-12

SF-12	n	RANGO	MEDIA	DESV.TIP
Sumario físico				
Physical component score (PCS)	62	(2-76)	35,44	9,77
Sumario mental				
Mental component score (MCS)	62	(1-81)	32,2	7,30
Función física (PF)	126	(0-100)	51,38	
Rol físico (RP)	129	(0-100)	10,17	
Dolor corporal (DC)	130	(0-100)	46,73	
Salud general (SG)	131	(0-100)	30,0	
Vitalidad (V)	100	(0-100)	22,25	
Función Social(FS)	100	(0-100)	63,0	
Rol emocional (RF)	126	(0-100)	11,9	
Salud mental (SM)	106	(0-100)	46,93	

PANORAMA DEL CONSUMO DE ANSIOLÍTICOS E HIPNÓTICOS EN UNA POBLACIÓN DE ENTRE 30 Y 45 AÑOS DE UN CENTRO DE SALUD DE LA COMUNIDAD DE MADRID

Patricia Mills Sánchez^a, Blanca Gutiérrez Teira^b

^a *Estudiante de 6º de Medicina de la URJC,*

^b *Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria*

ABSTRACT

Palabras clave: Ansiolíticos. Prevalencia. Terapéutica.

Objetivos: El objetivo principal es estimar la prevalencia del consumo de ansiolíticos en una población 30-45 años en un centro de salud urbano. Los objetivos secundarios son determinar:

- las causas de prescripción,
- la duración del tratamiento,
- los más consumidos y
- los antidepresivos concomitantes.

Material y métodos: Estudio descriptivo transversal en el que se analiza una población de pacientes del área de Móstoles pertenecientes al Centro de Salud El Soto, de 30-45 años, de ambos sexos, consumidora de ansiolíticos e hipnóticos en 2013. Los datos se han extraído de la historia clínica informatizada según el programa AP-Madrid versión 2.36.6 en marzo de 2014. Se calcula una muestra de 125 a la que añadimos un 20% de posibles pérdidas.

Resultados: La prevalencia de consumo de ansiolíticos e hipnóticos en esta población es del 11.98%: 15.75% en mujeres y 8.28% en varones, con una diferencia de consumo de 7.47% ($p < 0.001$). Existe un aumento del consumo con la edad, con una prevalencia de 8.80% entre los 30-37 años y de 15.63% entre los 38-45, con una diferencia de 6.83% ($p < 0.001$). Las causas de prescripciones son: salud mental, 68.89% (48.89%, mujeres y 20%, varones); problemas musculares, 17.04% (12.59%, mujeres y 4.44%, varones); otros, 10.37% (2.22% mujeres, 1.48% varones) y deshabitación de tóxicos, 3.7% (1.48%, mujeres y 2.22%, varones). El promedio de duración del tratamiento es de 9.37 meses: salud mental, 12.04 meses (mujeres, 12.78 y varones 10.26); deshabitación de tóxicos, 7.4 meses (mujeres, 6.5 y varones 8); problemas musculares, 4 meses (mujeres, 4.94 y varones 1.33) y otros 1.36 meses (mujeres, 1 y varones 1.45). El ansiolítico que más pacientes consumen es el diazepam (225 pacientes, 40.1%), seguido del lorazepam (182, 32.4%). El más consumido por número de envases es el alprazolam, con 10 envases de media, seguido del lorazepam (3.3). El hipnótico más consumido es el lormetazepam. Respecto a los antidepresivos concomitantes, el 36.3% de los pacientes tomaban al menos uno, siendo de un 48.39% en los trastornos de salud mental.

Discusión: El consumo de ansiolíticos e hipnóticos en esta población de 30-45 años es del 11.98%, siendo el de la población española en todos los grupos de edad en 2011 del 11.4%¹. Lo que lleva a pensar que el consumo en el estudio es mayor al esperado ya que el consumo máximo de estos fármacos se da entre los 45-65 años². Los trastornos de salud mental son el primer motivo de prescripción, en esta población. El promedio de duración del tratamiento (9.37 meses), y específicamente el de los trastornos de salud mental (12.04), es superior al recomendado (8-12 semanas³), como ya confirmaban en el estudio de Sonia AA et al⁴, en el que más del 50% de los tratamientos

de ansiedad e insomnio superan el año. El ansiolítico más consumido a corto plazo es el diazepam y a largo plazo el alprazolam, seguido del lorazepam. En el análisis de 2012¹, los más consumidos (medidos en dosis diarias definidas, DDD) son lorazepam, alprazolam y diazepam. Casi la mitad de los individuos en tratamiento con ansiolíticos por trastornos de salud mental tomaban al menos un antidepresivo concomitante. Además, el consumo es más frecuente en mujeres (como en el total de psicofármacos²), siendo en este estudio 1.9 veces más frecuente en mujeres en general, 2.44 y 2.83 en los trastornos de salud mental y en los problemas musculares, respectivamente.

Bibliografía:

1. Agencia española de medicamentos y productos sanitarios del Ministerio. Utilización de medicamentos ansiolíticos e hipnóticos en España durante el periodo 2000-2012. Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad. Informe de utilización de medicamentos U/HAY/V1/17012014. 2014.
2. Roberto SB, Elías RG, Julio VB, José FH, Guillermo VS, Juan JG. El consumo de ansiolíticos en pacientes que acuden a Atención Primaria en el Principado de Asturias (España). *Psicothema*. 2003. vol. 15 (nº4): 650-655.
3. José Luis AG. ¿Está justificado el tratamiento prolongado con benzodiazepinas? *Salud Mental*. 2008. 31:429-430 Sonia AA, Vicente RA, Lucrecia MR. Ansiolíticos, hipnóticos y antidepresivos: ¿Se utilizan de forma adecuada? Un estudio llevado a cabo en farmacias comunitarias. *Atención Primaria*, vol 39 (12): 677-678

PREVALENCIA DE DIABETES MELLITUS EN LA REGIÓN DE LA VEGA, REPÚBLICA DOMINICANA

Beatriz Nieto Martino^a, Ruth Gil Prieto^b

^a Estudiante de 6º de Grado en Medicina de la Universidad Rey Juan Carlos.

^b Área de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad Rey Juan Carlos.

ABSTRACT

Palabras clave: FRCV, DIABETES, REP DOM.

Objetivo: Analizar la prevalencia de diabetes mellitus y los factores de riesgo cardiovascular asociados en la región de La Vega en República Dominicana.

Material y métodos: Se ha llevado a cabo un estudio observacional descriptivo transversal incluyendo 269 personas de la población de La Vega durante el año 2012. Se les realizó una encuesta de manera personal en visita domiciliaria a los habitantes mayores de 18 años. Se recogió información sobre sexo, estado civil, prevalencia de DM, HTA, hipercolesterolemia, sobrepeso, realización de ejercicio, consumo de tabaco, alcohol y edad de inicio del consumo. Se estudió la prevalencia de las distintas variables en pacientes diabéticos y se comparó con los pacientes no diabéticos mediante la utilización del test χ^2 para las variables cualitativas y el test U de Mann-Whitney para evaluar la diferencia de edad. El análisis estadístico se llevó a cabo mediante el programa informático SPSS Statistics 22.0.

Resultados: El 56,6% de la muestra eran varones y la mediana de edad fue 40 años. La prevalencia de DM fue de 7,1%, el 20,9% padecen HTA, el 12,9% hipercolesterolemia, el 29,7% sobrepeso, 14,5% fuman y el 40,9% consume alcohol. Dentro de los pacientes diabéticos, el 52,6% son mujeres, el 68,4% padecen HTA, el 63,2% hipercolesterolemia, el 31,6% no reciben tratamiento antidiabético, el 52,6% padecen sobrepeso, el 15,8% fuman, el 26,3% son bebedores habituales y el 21,1% tienen antecedentes familiares de DM. La mediana de edad de pacientes con DM fue de 51 años. Las variables hipercolesterolemia, HTA, sobrepeso, fumador, antecedentes familiares de DM y edad fueron estadísticamente significativas en relación a padecer DM, siendo más prevalente en pacientes con esta enfermedad.

Conclusiones: La diabetes mellitus tiene una importante repercusión en la región de la Vega, existiendo una elevada prevalencia de los factores de riesgo cardiovascular asociados. Es fundamental la prevención, diagnóstico precoz y tratamiento de éstos.

Bibliografía:

1. Freddy García, F. Solís, J. Calderón, J. Luque, E. Neyra, L. Manrique, H. et al. Prevalencia de diabetes mellitus y factores de riesgo relacionados en una población urbana. *RevSocPeruMed Interna* 2007; vol 20: 90-94.
2. Valdés, S. Rojo-Martinez, G. Soriguer, F. Evolución de la prevalencia de la diabetes tipo 2 en población adulta. *MedClin (Barc)*.2007; 129(15):597-97.
3. Fuentes Brito, F. Villanueva Rivas, B. Impacto económico de la Diabetes Mellitus en la República Dominicana: Análisis y recomendaciones de Políticas Públicas. 2008.
- Miranda JJ, Herrera VM, Chirinos JA, Gómez LF, Perel P, Pichardo R, et al. Major cardiovascular risk factors in Latin America: a comparison with the United States. *The Latin American Consortium of Studies in Obesity (LASO)*. *PLoS One*. 2013; 8(1).

AUTOMEDICACIÓN Y USO DE TERAPIAS ALTERNATIVAS EN LA POBLACIÓN DIABÉTICA EN ESPAÑA: PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS

Carrasco- Lara P^a, Jiménez- García R^b

^a *Estudiante 6º Grado en Medicina, Universidad Rey Juan Carlos Alcorcón, Madrid.*

^b *Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Microbiología e Inmunología Médicas, Universidad Rey Juan Carlos, Alcorcón, Madrid.*

ABSTRACT

Palabras clave: Automedicación, Terapias alternativas, Encuesta Nacional.

Introducción: La diabetes mellitus es una enfermedad crónica debilitante que causa una importante morbilidad; se asocia con una mayor utilización de los servicios sanitarios y un alto coste. El consumo de medicamentos sin prescripción médica se ha elevado de forma significativa en la sociedad, un comportamiento que puede tener graves consecuencias para la salud del paciente diabético. En relación a las terapias alternativas, la literatura científica que hay acerca de su eficacia en el tratamiento de la diabetes es relativamente escasa y heterogénea.

Objetivos: Determinar la prevalencia del consumo de medicamentos no prescritos, así como el uso de terapias alternativas por la población diabética española e identificar los factores asociados.

Material y métodos: Estudio descriptivo, transversal de la población diabética española, a partir de datos obtenidos de la Encuesta Nacional de Salud (ENS) de 2011-2012 (n=21008). Para el estudio elegimos la respuesta "diabetes" a la siguiente pregunta: A continuación le voy a leer una lista con una serie de enfermedades o problemas de salud, ¿padece o ha padecido alguna vez alguna de ellas? Esta encuesta incluía datos de 2858 diabéticos (prevalencia del 7,4%). Las variables independientes fueron: sociodemográficas (edad, sexo, nacionalidad, estado civil, nivel de estudios, clase social y situación laboral), estilos de vida y de salud (consumo de tabaco, consumo de alcohol, actividad física en el tiempo libre, enfermedad crónica de cualquier tipo, enfermedad mental y autopercepción del estado de salud); y las variables dependientes fueron la automedicación con cualquier tipo de fármaco y el uso de terapias alternativas (homeopatía, acupuntura, naturismo, o cualquier otro tipo de terapia alternativa). Mediante el test de la X² de Pearson estimamos el efecto independiente de cada una de estas variables sobre la automedicación y el uso de terapias alternativas.

Resultados: Los datos de la ENS 2011-2012 mostraron que el 8,72% de la población diabética había consumido algún tipo de medicamento sin prescripción médica durante las dos semanas previas a la fecha de la encuesta, y que el 4,82% de la población diabética había visitado a un profesional de medicina alternativa en los últimos doce meses. Las prevalencias más altas de automedicación se observan en "medicinas para el catarro y la gripe" (16,02%), "reconstituyentes como vitaminas y minerales" (14,51%) y "laxantes" (12,32%). Las variables que se asocian significativamente con una mayor probabilidad de automedicación en pacientes diabéticos son: menor edad, sexo femenino, tener pareja, clase social media-alta, ausencia de enfermedad crónica, consumo de tabaco, nivel de estudios superiores, situación laboral activa y restricción de la actividad física. Por su parte, las variables que se asocian con una mayor probabilidad de usar terapias alternativas por pacientes diabéticos son: menor edad, sexo femenino, no tener pareja, clase social alta, consumo de tabaco, nivel de estudios superiores, situación laboral activa y realización de actividad física.

Conclusiones: La automedicación y el uso de terapias alternativas no son prácticas muy prevalentes entre la población diabética española (8,72% y 4,82% respectivamente); no obstante, los riesgos que pueda traer consigo una automedicación desinformada, hace necesario que los profesionales de la salud se comprometan a entregar adecuados conocimientos a los pacientes para conseguir un uso racional de los medicamentos. A medida que crece el interés en el potencial beneficio de las terapias alternativas para la diabetes, será cada vez más importante controlar el progreso de la literatura clínica y comunicar estos resultados a los pacientes.

Bibliografía:

1. Garrow D, Egede LE. Association between complementary and alternative medicine use, preventive care practices, and use of conventional medical services among adults with diabetes. *Diabetes Care* 2006; 29(1): 15-19.
2. Yeh GY, Eisenberg DM, Davis RB, Phillips RS. Use of complementary and alternative medicine among persons with diabetes mellitus: results of a national survey. *Am J Public Health* 2002; 92: 1648-1652.
3. Yeh GY, Eisenberg DM, Kaptchuk TJ, Phillips RS. Systematic review of herbs and dietary supplements for glycemic control in diabetes. *Diabetes Care* 2003; 26: 1277-1294.
4. Carrasco-Garrido P, Jiménez-García R, Hernández-Barrera V, Gil de Miguel A. Predictive factors of self-medicated drug use among the Spanish adult population. *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 2008; 17(2): 193– 199. Awad A, Al-Rabiy S, Abahussain E. Self-medication practices among diabetic patients in Kuwait. *Med Princ Pract* 2008; 17: 315–320.

		Autoconsumo de medicamentos		Uso de terapias alternativas	
		Recuento	Prevalencia %	Recuento	Prevalencia %
Edad en años ^{a,b}	<40	44	29,85%	2	11,41%
	40-54	50	13,63%	4	11,06%
	55-69	56	6,38%	4	4,02%
	70 o más	72	6,24%	3	2,44%
Sexo ^{a,b}	Hombre	85	6,77%	5	3,49%
	Mujer	137	10,62%	8	6,14%
Estado civil ^{a,b}	sin pareja	60	6,83%	6	6,35%
	con pareja	162	9,73%	7	4,04%
Nacionalidad	Española	211	8,74%	1	4,80%
	No Español	12	8,39%	1	5,15%
Clase social ^{a,b}	Alta	29	11,20%	2	8,32%
	Media	92	11,45%	4	4,74%
	Baja	96	6,95%	6	4,39%
Percepción estado salud	Bueno	99	11,45%	5	5,69%
	Malo	124	7,32%	8	4,35%
Enfermedades crónicas ^a	Ninguna	146	10,04%	8	5,22%
	1 o 2	71	7,30%	4	4,53%
	3 o más	5	4,39%	2	1,89%
Enfermedades mentales	N	176	9,18%	1	4,70%
	S	46	7,31%	3	5,23%
Consumo de tabaco ^{a,b}	N	173	8,01%	1	4,51%
	S	50	12,61%	3	6,53%
Nivel de estudios ^{a,b}	Primarios	70	5,20%	3	2,08%
	Secundarios	131	12,29%	8	6,79%
	Universitarios	22	15,03%	2	14,51%
Situación laboral ^{a,b}	Inactivo	142	6,93%	7	3,28%
	Activo	81	15,90%	6	10,57%
Consumo de alcohol	N	116	7,12%	8	4,57%
	S	107	11,53%	5	5,26%
Tiempo libre ^{a,b}	N	127	8,93%	5	3,61%
	S	96	8,45%	8	6,37%
	Total	223	8,72%	1	4,82%

^a Asociación estadísticamente significativa ($p < 0,05$) con la prueba de Chi-cuadrado de Pearson para automedicación.

^b Asociación estadísticamente significativa ($p < 0,05$) con la prueba de Chi-cuadrado de Pearson para terapias alternativas.

PREVALENCIA DE HTA COMO FACTOR DE RIESGO VASCULAR EN POBLACIÓN TRABAJADORA ESPAÑOLA

Ana García Escudero^a, José Luis del Barrio Fernández^b

^a Estudiante 6º Grado en Medicina, Universidad Rey Juan Carlos Alcorcón, Madrid.

^b Profesor del Departamento de Medicina y Cirugía, Psicología, Medicina Preventiva y Salud Pública e Inmunología y Microbiología Médicas.

ABSTRACT

Palabras clave: Prevalencia, Población Trabajadora, Hipertensión Arterial.

Objetivo: Estudiar la prevalencia de HTA como factor de riesgo cardiovascular entre todos los trabajadores asegurados en la Mutua Asepeyo durante un año.

Material y métodos: Estudio observacional descriptivo en el que se analiza una muestra de 18.278 trabajadores (12.998 hombres, 5.280 mujeres) que realizaron un reconocimiento médico en diferentes clínicas mutualistas en el periodo comprendido entre el 1 de junio de 2012 y el 31 de mayo de 2013. La edad de los individuos está comprendida entre los 18 y los 85 años (sólo un 0,2% de la muestra es > 65 años), con una media de 35 para las mujeres y 42 para los hombres. Se recogieron los parámetros siguientes: edad, sexo, tabaquismo, ejercicio físico, peso, talla, tensión arterial (TA) e hipertensión arterial (HTA) tratada o no. La TA se obtuvo mediante esfigmomanómetro portátil homologado, en reposo, en ambos brazos y en dos mediciones para aquellos que tenían valores por encima de los considerados normales. Se categorizó la variable TA de la siguiente forma (en mmHg): 1. TA ÓPTIMA: presión arterial sistólica (PAS) < 120 y presión arterial diastólica (PAD) < 80. 2. TA NORMAL: PAS entre 130 - 120 y PAD menor de 85, o PAS menor de 130 y PAD entre 80 - 85. 3. TA NORMAL - ALTA: PAS entre 130 - 139 y PAD menor o igual a 89 o PAS menor o igual a 139 y PAD entre 85 - 89. 4. HTA: PAS igual o > de 140 y PAD con cualquier valor o PAS con cualquier valor y PAD igual o > de 90. El análisis estadístico se ha realizado con el paquete estadístico SPSS 21.0.

Resultados: La media de PAS y PAD hallada en mujeres fue 109,0 mmHg (IC95%: 108,6 – 109,4) y 66,9 mmHg (IC95%: 66,7 – 67,2), respectivamente. En hombres, 122,6 mmHg (IC95%: 122,3 – 122,9) y 75,3 mmHg (IC95%: 75,1 – 75,5) respectivamente. Existen diferencias significativas en cuanto al género para PAS y PAD ($p < 0.001$, para ambos). La prevalencia de HTA hallada fue de 3,9% en mujeres y 18,4% en hombres (ver tabla). Un 24,5% de los individuos hallados hipertensos y un 8,3% de los individuos no hipertensos declararon estar en tratamiento.

Discusión: La prevalencia de HTA en España oscila entre el 20 y el 50% según las series y la definición de HTA. 1, 2, 3 En el estudio PANES4 la prevalencia autodeclarada de HTA es del 31,1%, aunque es importante tener en cuenta que alrededor del 40% de los hipertensos desconocen su enfermedad y por tanto, la cifra obtenida puede infraestimar la prevalencia real. En nuestro estudio la prevalencia de HTA encontrada fue del 3,9% en mujeres y 18,4% en hombres, valores muy inferiores a los citados. Esto indica que los datos de nuestro estudio no son extrapolables a la población general y que se puede considerar que la población en edad laboral presenta un estado de salud mejor que el de la población general, incluso siendo a veces necesario este estado para ser considerados aptos para el trabajo.

Conclusiones:

- La HTA en la población laboral española presenta una prevalencia menor que la de la población

general. Esto puede ser debido a que la población trabajadora debe cumplir unos requisitos sobre su salud más exigentes que la población general para poder trabajar y por la edad, puesto que el porcentaje de trabajadores mayores de 65 años es muy bajo.

- La prevalencia de HTA en hombres trabajadores es 5 veces superior a la de las mujeres trabajadoras.

Aún queda mucho margen de mejora en la prevención, control y tratamiento de esta patología, tanto en población trabajadora como en población general.

TENSIÓN ARTERIAL			
Total TA óptima¹			
Sexo	Prevalencia		
	n / N	%	I
Mujeres	3571 / 5280	67,6	(66,3 - 68,9)
Hombres	3800 / 12998	29,2	(28,4 - 30,0)
Ambos sexos	7371 / 18278	40,3	(39,6 - 41,0)
Total TA normal²			
Sexo	Prevalencia		
	n / N	%	I
Mujeres	1142 / 5280	21,6	(20,5 - 22,8)
Hombres	4222 / 12998	32,5	(31,7 - 33,3)
Ambos sexos	5364 / 18278	29,3	(28,7 - 30,0)
Total TA normal – alta³			
Sexo	Prevalencia		
	n / N	%	I
Mujeres	358 / 5280	6,8	(6,1 - 7,5)
Hombres	2583 / 12998	19,9	(19,2 - 20,6)
Ambos sexos	2941 / 18278	16,1	(15,6 - 16,6)
Total HTA⁴			
Sexo	Prevalencia		
	n / N	%	I
Mujeres	209 / 5280	3,9	(3,4 - 4,5)
Hombres	2393 / 12998	18,4	(17,7 - 19,1)
Ambos sexos	2602 / 18278	14,2	(13,7 - 14,7)

Distribución de la TA por sexos y categorías:

¹ TA ÓPTIMA: PAS < 120mmHg y PAD < 80mmHg.

² TA NORMAL: PAS entre 130 - 120 mmHg y PAD menor de 85 mmHg, o PAS menor de 130 mmHg y PAD entre 80 - 85 mmHg.

³ TA NORMAL - ALTA: PAS entre 130 - 139 mmHg y PAD menor o igual a 89 mmHg o PAS menor o igual a 139 mmHg y PAD entre 85 - 89 mmHg.

⁴ HTA: PAS igual o > de 140 mmHg y PAD con cualquier valor o PAS con cualquier valor y PAD igual o > de 90 mmHg.

Bibliografía:

1. Masiá R, Pena A, Marrugat J, Sala J, Vila J, Pavesi M et al, and the REGICOR Investigators. High prevalence of cardiovascular risk factors in Gerona, Spain, a province with low myocardial infarction incidence. *J Epidemiol Commun Health* 1998; 52: 707-715.
2. Tresserras R, Pardell H. Prevalencia e importancia sanitaria de la hipertensión arterial. *An Med Intern* 1990; 7: 1-6.
3. Ministerio de Sanidad y Consumo y Sociedad-Liga Española para la lucha contra la hipertensión arterial. Control de la hipertensión arterial en España 1996. Madrid: Idepsa, 1996
4. López-Bescós L, Cosín J, Elousa R, Cabadés A, Reyes M, Arós F, Diago JL, Asín E, Castro-Beiras A y Marrugat J. Prevalencia de angina y factores de riesgo cardiovascular en las diferentes comunidades autónomas de España: estudio PANES. *Rev Esp Cardiol* 1999; 52: 1045-56.

III. BLOQUE DE NEUROLOGÍA Y PSIQUIATRÍA

EL SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO (SCA): FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A SU APARICIÓN

Sergio Cañada Foullerat^a, JL Dobato Ayuso JL^b

^a *Estudiante 6º Medicina Universidad Rey Juan Carlos*

^b *Servicio Neurología Hospital Universitario Fundación Alcorcón*

ABSTRACT

Palabras clave: neurología, delirium, factores de riesgo.

Objetivo: Analizar la influencia de determinados factores en el desarrollo del SCA.

Metodología: Estudio analítico observacional retrospectivo tipo casos y controles (1:3) no pareados y aleatorizado. Revisamos historias clínicas, mediante el programa SELENE, de pacientes ingresados en el Servicio de Neurología del HUFA de septiembre a febrero. Incluimos como casos los diagnosticados de SCA y los que en sus comentarios de evolución aparecían palabras como: "agitación", "desorientación", "confusión", "comportamiento irritable o agresivo", y "necesidad de sujeción o tratamiento con haloperidol". Los controles fueron escogidos aleatoriamente de los pacientes ingresados que no presentaron SCA. Analizamos la asociación del SCA con las variables: edad (>69 años), sexo, causa de ingreso (ACVA de origen isquémico vs otra patología neurológica), antecedentes neurológicos (demencia, ACVA previo...), hábito tabáquico, DM, dislipemia, HTA, polimedicación (3 o más fármacos), dependiente (DAVD), institucionalización y pluripatología (2 ó + órganos afectados). Para analizar los datos utilizamos el programa de análisis estadístico EPIDAT, usando como medida de asociación la Odds Ratio (OR) con IC95% y la $p < 0.05$.

Resultados: Revisamos 304 historias. Casos $n=49$: 30 varones (61,22%) y 19 mujeres (38,78%); edad media= 80,04 años ($s=7,47$). Controles $n=147$: 83 varones (56,46%) y 64 mujeres (43,54%); edad media= 63,48 años ($s=18,16$).

Discusión: Los resultados de nuestro estudio sugieren que el tener una edad= o > a 70 años, patología previa neurológica, dislipemia, HTA, estar polimedicado, ser DAVD, estar institucionalizado y tener pluripatología constituyen un factor de riesgo para el desarrollo de SCA en pacientes ingresados. Datos compatibles con los aportados por estudios revisados, que consideran esos factores, entre otros, como precipitantes del SCA. El sexo del paciente que ingresa (hombre vs mujer), ACVA vs otra patología neurológica al ingreso, el hábito tabáquico y tener DM, según nuestro estudio, parece que no tienen relación causal con la aparición de SCA, a diferencia de lo existente en la bibliografía actual, donde se refleja que el ser hombre, tener un ACVA al ingreso y los factores de riesgo cardiovascular (tabaco, diabetes...) predisponen al desarrollo de SCA. Estas diferencias existentes pueden deberse a que el tamaño de nuestra muestra no sea suficientemente representativo, ya que aunque las OR son mayores de 1 sin embargo los IC95% no son significativos.

Conclusiones: El SCA es un cuadro infradiagnosticado de elevada prevalencia en pacientes hospitalizados, que genera ansiedad en la familia y, muchas veces, en el propio personal sanitario, por ser muy llamativo y, con frecuencia, de difícil manejo. Muchos de los factores que influyen en su aparición son inherentes al paciente y no modificables, con lo que nuestra actuación debe ir orientada a establecer las medidas preventivas adecuadas, detectar precozmente y tratar correctamente a aquellos pacientes que por sus características sean más vulnerables a desarrollarlo.

Nuestro trabajo da cierta visión de los factores que pueden relacionarse con el desarrollo de SCA, aunque tiene algunas limitaciones que pueden disminuir su validez externa, por ello consideramos oportuno seguir investigando a este respecto, con estudios más exhaustivos, para un mejor conocimiento del SCA, que ayude a su mejor manejo.

Bibliografía:

1. Vasilevskis EE, Han JH, Hughes CG et al. Epidemiology and risk factors for delirium across hospital settings. *Best Pract Res ClinAnaesthesiol* 2012; 26: 277 – 87.
2. Waldfahrer F. Management of patients with risk factors. *GMS Curr Top Otorhinolaryngol Head Neck Surg.* 2013 Dec 13; 12: Doc02. Review.
3. Fong TG, Tulebaev SR, Inouye SK. Delirium in elderly adults: diagnosis, prevention and treatment. *Nat Rev Neurol.* 2009 Apr; 5(4):210-20.
4. Shi Q, Presutti R, Selchen D, Saposnik G. Delirium in acute stroke: a systematic review and meta-analysis. *Stroke.* 2012 Mar; 43(3):645-9.

			Chi cuadrado
Edad mayor o igual a 70 años	17.33	5.15-58.24	p=0
Hombre	1.21	0.63-2.36	p=0.55
Mujer	0.82	0.42-1.59	p=0.56
ACVA ingreso	1.69	0.87-3.24	p=0.1169
Otra patología NRL al ingreso.	0.59	0.3-1.14	p=0.1169
Antecedentes NRL	4.43	2.19-8.97	
Hábito tabáquico	1	0.49-2.04	p=0 p=1
Diabetes	1.6	0.81-3.19	p=0.17
Dislipemia	2.37	1.21-4.65	p=0.01
HTA	3.72	1.68-8.22	p=0.0007
Polimedicación	7.78	3.28-18.46	
DAVD	37.43	4.64-301.38	p=0 p=0
Institucionalizado	17.38	1.97-152.88	p=0.0006
Pluripatología	5.95	2.61-13.57	p=0

FRECUENCIA DE ENFERMEDAD TIROIDEA EN PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE Y SÍNDROME NEUROLÓGICO AISLADO EN TRATAMIENTO CON FÁRMACOS DE PRIMERA LÍNEA

**Beatriz Torres Moreno^a, Inmaculada García Castañón^b, Noemí Serrano Sánchez^a,
Sonia Álvarez Sesmero^a**

^a Estudiante 6º de Medicina. Universidad Rey Juan Carlos. Hospital Universitario de Fuenlabrada.

^b Adjunta de Neurología. Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Fuenlabrada. Profesora asociada U. Rey Juan Carlos

ABSTRACT

Objetivos: Evaluar la frecuencia de trastorno tiroideo en pacientes con Esclerosis múltiple (EM) y Síndrome neurológico aislado (SNA) que han estado en tratamiento durante un año con fármacos de primera línea y comparar la evolución de estos pacientes con respecto a los que no presentaron trastorno tiroideo durante el tratamiento. Otro objetivo es analizar las características clínicas de los pacientes en tratamiento con inmunomoduladores de primera línea.

Material y métodos: Se ha realizado un estudio descriptivo de una cohorte transversal de pacientes con diagnóstico de Esclerosis múltiple (EM) y Síndrome neurológico aislado (SNA) en el Hospital Universitario de Fuenlabrada. Los criterios de selección que se han llevado a cabo son: pacientes que se encontraran en tratamiento con un fármaco de primera línea a 3 de Octubre de 2013 y que lo hubieran estado tomando de forma ininterrumpida durante al menos un año. Los datos se obtuvieron a partir de la historia clínica digital y de la base de datos del Servicio de Farmacia. Se gestionaron con el programa Excel 12.0. Con respecto a las variables estudiadas, se evaluó si los pacientes presentaban alteración tiroidea (subclínica o clínicamente significativa) previa al tratamiento actual y por cada año de tratamiento. A su vez se analizó el número y la tasa de brotes, EDSS en año previo al inicio del tratamiento, al inicio del mismo, anual y a 3 de Octubre de 2013; RM al diagnóstico, al inicio del tratamiento y en controles anuales.

Resultados: Se estudiaron 70 pacientes de los cuales 17 estaban en tratamiento con Avonex, 25 con Betaferon, 21 con Copaxone y 7 con Rebif. 25 de 70 (35.71%) obtuvieron un control completo de la enfermedad, evaluada mediante la tasa de brotes, EDSS y datos de RM. 16 de los 70 pacientes (22.86%) presentaron alteraciones tiroideas: 10 hipotiroidismo subclínico, 1 hipertiroidismo subclínico y 3 hipotiroidismo que precisó tratamiento hormonal. La alteración tiroidea fue de 28.57% en pacientes tratados con Interferones y 9.52% en pacientes en tratamiento con Copaxone. De los pacientes con alteración tiroidea el 50% presentó estabilidad en el EDSS y el 33.3 % se mantuvo estable radiológicamente. De los pacientes sin alteración tiroidea el 63% presentó estabilidad en el EDSS y el 50 % se mantuvo estable radiológicamente.

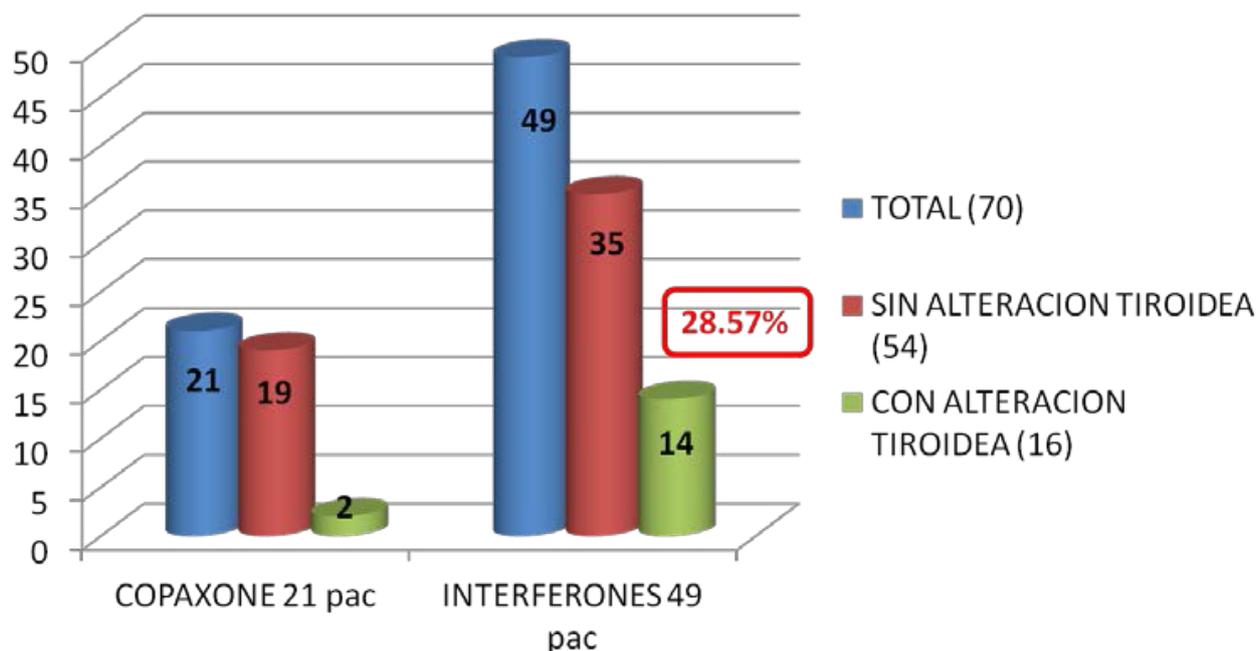
Discusión y Conclusión: Estudios previos han reportado que el tratamiento con IFN-beta-1b puede inducir múltiples alteraciones en la función tiroidea, sobre todo en pacientes con autoinmunidad tiroidea preexistente. Se sugiere que el IFN-beta-1b podría inducir la expresión del antígeno mayor de histocompatibilidad de clase I en el interior de la glándula tiroidea y producirse así la disfunción de la misma. En conclusión, se ha objetivado una mayor frecuencia de enfermedad tiroidea en pacientes tratados con Interferones (Betaferon, Rebif y Avonex) con respecto a los que han estado en tratamiento con Acetato de Glatiramero (Copaxone). La alteración tiroidea más frecuente ha sido

el hipotiroidismo subclínico y se ha observado un mayor control de la enfermedad en los pacientes que no han desarrollado alteración tiroidea durante el tratamiento.

Bibliografía:

1. Rotondi M, Oliviero A, Profice P et al. Occurrence of thyroid autoimmunity and dysfunction throughout a nine-month follow-up in patients undergoing interferon-beta therapy for multiple sclerosis. *J Endocrinol Invest.* 1998 Dec 21(11):748-52.
 2. Monzani F, Caraccio N, Casolaro A, Lombardo F, Moscato G, Murri L, Ferrannini E, Meucci G. Long-term interferon beta-1b therapy for MS: is routine thyroid assessment always useful? *Neurology* 2000 Aug 22; 55(4):549-52.
 3. Monzani F, Caraccio N, Meucci G et al. Effect of 1-year treatment with interferon-b1b on thyroid function and autoimmunity in patients with multiple sclerosis. Departments of Internal Medicine, Neurosciences and Oncology, University of Pisa School of Medicine, Pisa, Italy.
 4. Durelli L, Ferrero B, Oggero A, Verdun E et al. Autoimmune events during interferon beta-1b treatment for multiple sclerosis. *Journal of the Neurological Sciences* 162 (1999) 74–83
- Anexos

ALTERACION TIROIDEA SEGÚN TRATAMIENTO



PREVALENCIA DE SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA EN PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE Y SÍNDROME NEUROLÓGICO AISLADO

Noemí Serrano Sánchez^a, Inmaculada García Castañón^b, Beatriz Torres Moreno^a,
Sonia Álvarez Sesmero^a

^a Estudiante 6º de Medicina. Universidad Rey Juan Carlos. Hospital Universitario de Fuenlabrada.

^b Adjunta de Neurología. Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Fuenlabrada. Profesora asociada U. Rey Juan Carlos.

ABSTRACT

Objetivos: Determinar la prevalencia de síntomas depresivos en pacientes con Esclerosis Múltiple (EM) y Síndrome Neurológico Aislado (SNA) y analizar la asociación entre presencia de síntomas depresivos y tratamiento farmacológico, forma clínica y diagnóstico previo de depresión.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional, transversal y descriptivo en pacientes diagnosticados de Esclerosis Múltiple y Síndrome Neurológico Aislado con seguimiento en la consulta de Neurología del Hospital Universitario de Fuenlabrada. Se consideró criterio de inclusión el tratamiento ininterrumpido durante al menos un año, a 3 de Octubre de 2013, con fármacos de primera línea para la EM y el SNA. Se estudiaron las variables: sexo, edad, forma clínica de EM, tratamiento farmacológico, tasa de brotes, grado de discapacidad, control radiológico, depresión y tratamiento antidepressivo. Los datos se obtuvieron retrospectivamente a partir de la historia clínica digital y de la base de datos del Servicio de Farmacia. Se gestionaron con el programa Excel 12.0 para Windows y se analizaron con el programa estadístico Epidat 3.1. Se estudiaron los porcentajes de depresión. Se calcularon razones de prevalencia con intervalo de confianza al 95% (RP, IC 95%).

Resultados: De un total de 70 pacientes incluidos (edad media 42,64 años; 74,3% mujeres), 3 (4,3%) requirieron tratamiento antidepressivo y 15 (21,4%) presentaron sintomatología depresiva. De estos 15 pacientes, el 40% presentaba clínica depresiva antes del inicio del tratamiento, observándose, en relación a los que no la presentaron, una frecuencia 4 veces mayor de depresión durante el mismo (IC95% 1,82 – 8,7). Respecto al tratamiento, de los 70 pacientes de la muestra, 21 fueron tratados con Copaxone, presentando 4 de ellos clínica depresiva, y 49 recibieron tratamiento con Interferón (Betaferón, Rebif y Avonex), de los cuales 14 presentaron sintomatología depresiva, sin hallarse asociación estadísticamente significativa (RP = 1,5 IC 95% 0,55 – 4,02). Sí se observa asociación estadísticamente significativa (IC95% 3,5-10) en relación a la forma clínica de EM observándose una frecuencia 6 veces mayor de depresión en los pacientes con EMSP. El 27,78% de los pacientes con depresión presenta un control completo de la enfermedad.

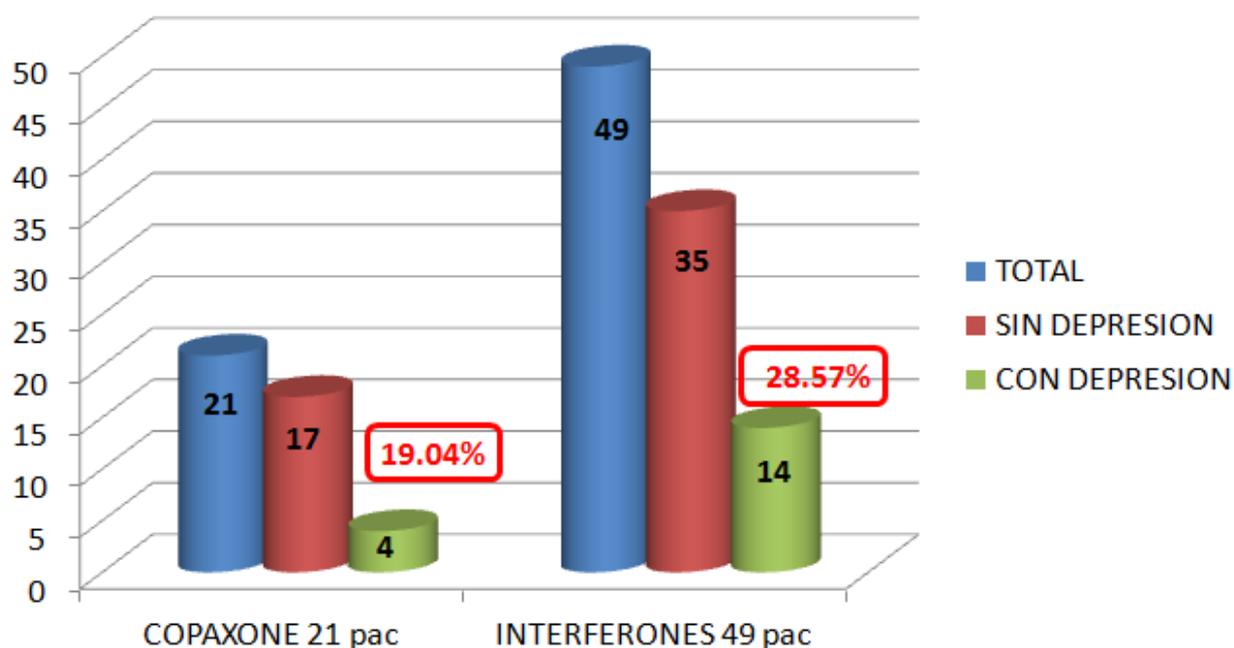
Discusión y Conclusión: En estudios previos se ha descrito una prevalencia significativa de síndrome depresivo en pacientes con EM, estimándose que una de cada dos personas con EM y SNA van a desarrollar depresión. Sin embargo, su mecanismo subyacente aún no está claro, defendiéndose un origen multifactorial. En el presente estudio se ha hallado una prevalencia elevada observándose, acorde con lo publicado hasta el momento, asociación entre la sintomatología depresiva, la forma clínica y el estado de ánimo previo, sin hallarse con el tipo de tratamiento farmacológico. De modo que, estos resultados apoyan la hipótesis de un origen psicobiológico de la depresión en la EM y en el SNA.

Bibliografía:

1. Siegert RJ, Abernethy DA. Depression in multiple sclerosis: a review. J Neurol Neurosurg Ps.2005; 14: 469–475. Doi: 10.1136/jnnp.2004.054635.
2. Sá MJ. Psychological aspects of multiple sclerosis. Clin Neurol Neurosurg 2008; 110: 868-877
3. Sarısoy G, Terzi M, Gümüş K, Pazvantoğlu O. Psychiatric symptoms in patients with multiple sclerosis. Gen Hosp Psychiatry. 2013;35:134–140
4. Goeb J. L., Even C., Nicolas G., Gohier B., Dubas F., Garre J. B. (2006). Psychiatric side effects of interferon-beta in multiple sclerosis. Eur. Psychiatry 21, 186–193.10.1016/j.eurpsy.2005.09.013

Anexos

DEPRESION SEGÚN TRATAMIENTO



ESTUDIO DESCRIPTIVO DEL USO DE TRATAMIENTOS DE SEGUNDA LÍNEA DENTRO DE INDICACIÓN EN PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE FUENLABRADA

S. Álvarez Sesmero^a, N. Serrano Sánchez^a, B. Torres Moreno^a, I. García Castañón^b

^a *Estudiante Grado en Medicina. Hospital Universitario Medicina. Facultad Ciencias de la Salud. Universidad Rey Juan Carlos, Madrid (España).*

^b *Servicio de Neurología. Hospital Universitario Fuenlabrada, Madrid (España).*

ABSTRACT

Objetivo: Revisar las condiciones de uso y los resultados de seguridad y eficacia clínica de Natalizumab y Fingolimod en pacientes con esclerosis múltiple remitente recurrente en nuestro medio.

Pacientes y Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de una cohorte de pacientes con diagnóstico de esclerosis múltiple remitente recurrente (EMRR) seguidos en el Hospital Universitario de Fuenlabrada que a 3 de Octubre de 2013 habían recibido al menos una dosis de tratamiento con un fármaco de segunda línea (Natalizumab o Fingolimod) desde su aprobación.

Se han analizado los datos clínicos y radiológicos antes y después de iniciado el tratamiento y se han comparado con datos de un grupo de pacientes con EMRR en tratamiento de primera línea durante al menos un año. Criterios de respuesta al tratamiento: valoración escala expandida del estado de discapacidad (EDSS), tasa de brotes y control radiológico. Se han recogido las reacciones adversas durante el tratamiento.

Resultados: Se incluyeron 17 pacientes que habían recibido al menos una dosis de Natalizumab y 10 tratados al menos durante un mes con Fingolimod. Todos los pacientes mostraban una alta tasa de brotes y aumento de la puntuación de la escala EDSS en el último año, así como datos de actividad en resonancia magnética.

Los pacientes tratados con Natalizumab durante al menos un año tuvieron una mejoría del 84.49% en la tasa de brotes, una disminución del 24.32% en la EDSS y un control radiológico en el 85.71%. El tratamiento fue seguro y sólo se presentó una reacción adversa grave en forma de reacción alérgica severa que motivó la suspensión del tratamiento.

De los 10 pacientes tratados con Fingolimod, sólo dos habían recibido tratamiento durante un año o más y 6 habían sido tratados durante al menos 6 meses. De estos últimos, ninguno presentó brote y se observó mejoría del EDSS y en la RM en todos ellos. El tratamiento fue seguro y no se presentaron efectos secundarios graves.

Cumplido un año de tratamiento se consiguió el control completo de la enfermedad en el 31% con los inmunomoduladores frente al 50% con los tratamientos de segunda línea analizados. Comparando ambos tratamientos a los 6 meses de su inicio tras la retirada de un inmunomodulador con Natalizumab (n: 14) mejoraron el EDSS un 23.98% y la tasa de brotes un 92.47% y con Fingolimod (n:6) el EDSS mejoro un 24.34% y la tasa de brotes un 100%.

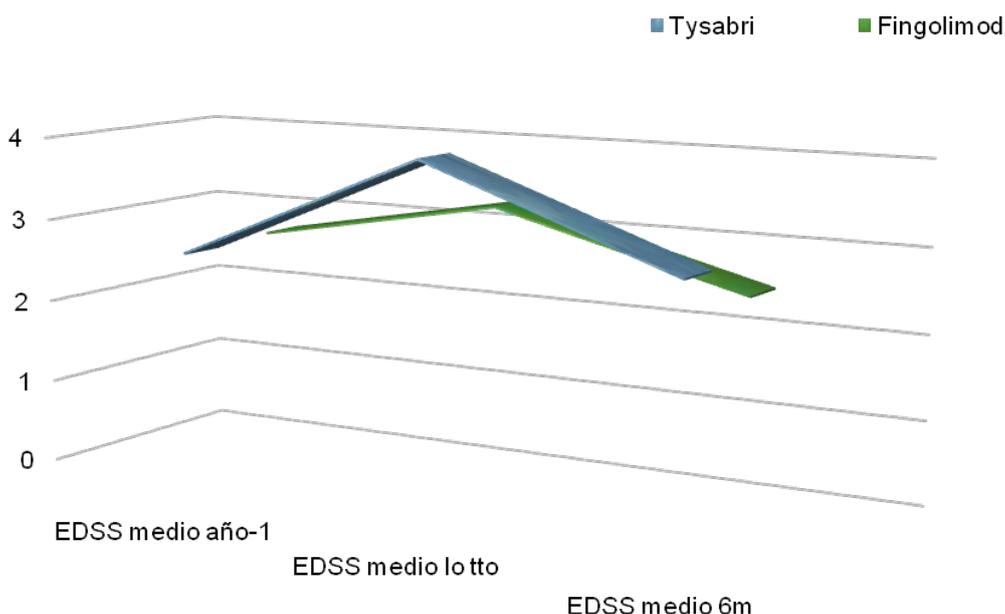
Conclusión: El tratamiento con Natalizumab y con Fingolimod ha resultado seguro en nuestro medio. Los pacientes tratados han tenido una respuesta favorable en la tasa de brotes, valores de EDSS y parámetros de control radiológico y ambos tratamientos han sido más eficaces que los tratamientos de primera línea.

Palabras clave: Natalizumab, Fingolimod, esclerosis múltiple remitente recurrente.

Bibliografía:

1. Kappos L, Bates D, Edan G, et al. Natalizumab treatment for multiple sclerosis: updated recommendations for patient selection and monitoring. *Lancet Neurol.* 2011; 10(8):745–58.
2. Miller DH, Khan OA, Sheremata WA, et al. A controlled trial of natalizumab for relapsing multiple sclerosis. *N Engl J Med* 2003; 348: 15-23.
3. Polman CH, O'Connor PW, Havrdova E, et al. A randomized, placebo-controlled trial of natalizumab for relapsing multiple sclerosis. *N Engl J Med* 2006; 354:889–910.
4. Rudick RA, Stuart WH, Calabresi PA, et al. Natalizumab plus interferon beta-1 for relapsing multiple sclerosis. *N Engl J Med* 2006; 354: 911–23.
5. Rudick R, Miller D, Hass S, et al. Health-related quality of life in multiple sclerosis: effects of natalizumab. *Ann Neurol* 2007; 62: 335–46.
6. Sørensen PS, Bertolotto A, Edan G, et al. Risk stratification for progressive multifocal leukoencephalopathy in patients treated with natalizumab. *Mult Scler.* 2012; 18(2):143-152.
7. Kappos L, Radue EW, O'Connor P et al. A placebo-controlled trial of oral fingolimod in relapsing multiple sclerosis. *N Engl J Med* 2010; 362(5):387–401.
8. Cohen JA, Barkhof F, Comi G, et al. Oral fingolimod or intramuscular interferon for relapsing multiple sclerosis. *N Engl J Med* 2010; 362: 402–15.
9. Vilija G, Jokubaitis, Vivien Li, Tomas Kalincik, et al. Fingolimod after natalizumab and the risk of short-term relapse. *American academy of Neurology* 2014.
10. Devonshire V, Havrdova E, Radue EW, et al. Relapse and disability outcomes in patients with multiple sclerosis treated with fingolimod: subgroup analyses of the double-blind, randomised, placebo-controlled FREEDOMS study. *Lancet Neurol* 2012; 11: 420–428.

Gráfica



DETECCIÓN DE TDAH EN ADULTOS Y SU COMORBILIDAD PSIQUIÁTRICA: RESULTADOS DE UN CSM

Raúl Recio Martínez^a, Francisco Montañés Rada^b

^a Alumno de 6º del Grado en Medicina. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Rey Juan Carlos. Alcorcón.

^b Jefe de Servicio. Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Alcorcón.

ABSTRACT

Palabras clave: Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). Adultos. Comorbilidad.

Objetivo: Estimar la proporción de pacientes adultos de un Centro de Salud Mental (CSM) con cribado positivo para el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) y describir sus características sociodemográficas y clínicas.

Pacientes y métodos: Se diseñó un estudio descriptivo transversal en el que se examinó una muestra de 70 pacientes tratados de forma ambulatoria por diversa psicopatología en una consulta del CSM de Alcorcón. El estudio se realizó en el mes de Noviembre de 2013. Se consideraron criterios de inclusión: edad superior a 18 años e inferior a 55 años y capacidad para completar el cuestionario de la investigación. Fueron criterios de exclusión: deterioro cognitivo, limitación cultural o incapacidad debido a alteraciones físicas o psíquicas concurrentes. El proceso de evaluación se realizó durante la entrevista clínica en la consulta a cada uno de los pacientes que acudían por cualquier trastorno mental y se valoró si cumplían los requisitos del estudio. Aquellos que eran electivos, se les pedía su participación y si accedían, se realizaba un consentimiento informado verbal y se hacía entrega del cuestionario para su cumplimentación en la sala de espera. El cribado de TDAH se efectuó mediante la *AdultSelfReportScale (ASRS v.1.1)* considerando como criterio de referencia 12 puntos (cribado negativo <12 puntos y cribado positivo ≥12 puntos) por ser el que más capacidad de discriminación posee^{1,2}. A través de la revisión de historias clínicas informatizadas, se recogieron los principales datos demográficos (sexo, edad, estado civil, nivel de estudios y ocupación), el juicio clínico psiquiátrico y el tratamiento psicofarmacológico activo. El análisis de los datos se realizó con el programa estadístico Epidat 3.1. Las variables cualitativas se compararon mediante el test de chi-cuadrado (X^2) y las cuantitativas con la t de Student (t). El nivel de significación estadística se estableció en un valor de $p < 0.05$.

Resultados: La composición de la muestra en cuanto a género y edad fue: hombres (46%), mujeres (54%) y edad promedio 40.33 años (desviación estándar [DE] =9.88). Un total de 23 pacientes dieron una puntuación ≥12 puntos en el ASRS v.1.1, lo que indica una prevalencia del 33% (intervalo de confianza [IC] 21.14-44.57). De éstos, en el 50% predominó el tipo combinado, en el 33% el tipo inatento y en el 17% el tipo hiperactivo-impulsivo. En los pacientes con cribado positivo existió una mayor proporción de individuos separados/divorciados (44%; $X^2=8.26$; $p < 0.05$), con nivel de estudios primarios o sin estudios (74%; $X^2=5.32$; $p < 0.05$) y desempleados (43%; $X^2=6.86$; $p < 0.05$) con respecto a los pacientes con cribado negativo, encontrándose diferencias significativas. Al observar la comorbilidad asociada, se halló que los pacientes con cribado positivo tienen mayor prevalencia de trastornos de la personalidad (22%; $X^2=7.57$; $p < 0.05$) y trastornos por abuso de sustancias (30%; $X^2=4.26$; $p < 0.05$), mientras que para los otros trastornos analizados no hay diferencias significativas. Existe una proporción elevada de pacientes que están en tratamiento actual con doble terapia ansiolítica y antidepresiva, aunque no existen diferencias significativas respecto al grupo de pacientes con cribado negativo (Tabla).

Discusión y conclusiones: Se estima que la prevalencia de TDAH en población adulta con cualquier trastorno psiquiátrico es de un 10- 20%². Los estudios realizados en Atención Primaria muestran una proporción de pacientes con posible TDAH baja³, pero en nuestros resultados, realizados en población psiquiátrica, se encontró que un 33% de los pacientes tienen resultado positivo en el cribado de este trastorno. Es relevante el intervalo de confianza de este valor distribuido en un rango de prevalencias de 21.14% y 44.57%. Esta amplitud de valores es probablemente consecuencia de una muestra aún pequeña para la estimación precisa de dicho parámetro. Estos resultados deben interpretarse considerando que el ASRS v.1.1 sólo supone una herramienta de cribado y que su diagnóstico se realiza clínicamente. Además, hay que tener en cuenta que aunque la comorbilidad psiquiátrica es habitual en el TDAH del adulto, puede presentar un factor adicional de confusión, pues algunos síntomas se solapan con el de otros trastornos mentales en los que predomina la falta de concentración o la impulsividad.

La distribución porcentual de los subtipos clínicos de TDAH encontrada se ajustó a lo esperable, observándose un predominio de las formas combinadas y de las dificultades de atención frente a la hiperactividad-impulsividad, ya que la sintomatología de este trastorno suele cursar con una disminución de la hiperactividad en la edad adulta⁴. Se constató que los pacientes con posible TDAH del adulto, presentaban más disfunciones en el ámbito psicosocial y una mayor comorbilidad con los trastornos de la personalidad y trastornos por abuso de sustancias, hallazgos consistentes con lo comunicado en la bibliografía^{2, 4, 5}. Finalmente, se considera de relevancia la detección de TDAH en población psiquiátrica, ya que los pacientes con ambos trastornos podrían beneficiarse de un tratamiento integrado⁴.

Bibliografía:

1. Ramos-Quiroga JA, Daigre C, Valero S, Bosch R, Gómez N, Nogueira M et al. Validación al español de la escala de cribado del TDAH en adultos (ASRSv.1.1): una nueva estrategia de puntuación. *RevNeurol* 2009; 48: 449-52.
2. Ramos-Quiroga JA, Chalita P, Vidal R, Bosch R, Palomar G, Prats L et al. Diagnóstico y tratamiento del trastorno por déficit de atención/hiperactividad en adultos. *RevNeurol* 2012; 54: 105-15.
3. Aragonés E, Piñol JL, Ramos-Quiroga JA, López-Cortans G, Caballero A. Prevalencia del déficit de atención e hiperactividad en personas adultas de atención primaria. *RevEsp Salud Pública* 2010; 84: 415-20.
4. Ramos-Quiroga JA, Trasovares MV, Bosch R, Nogueira M, Roncero C, Castells X et al. Trastorno de atención con hiperactividad y drogodependencias. *RET* 2007; 50: 23-28.
5. Valdizán JR, Izaguerri-Gracia AC. Trastorno por déficit de atención/hiperactividad en adultos. *RevNeurol* 2009; 48: 95-99.

Tabla 1. Características sociodemográficas y clínicas de los pacientes atendidos en el CSM de Alcorcón según el resultado de la escala de cribado autoadministrada ASRS v.1.1.

		ASRS + (23)	ASRS - (47)	p
Sexo	Masculino	7 (30%)	25 (53%)	0.073
	Femenino	16 (70%)	22 (47%)	
Estado civil	Soltero/a	7 (30%)	17 (36%)	0.012
	Casado/a o vive en pareja	6 (26%)	24 (51%)	
	Separado/a	10 (44%)	6 (13%)	
Nivel de estudios	Sin estudios o primarios	17 (74%)	21 (45%)	0.021
	Secundarios o superiores	6 (26%)	26 (55%)	
Ocupación	Activo	8 (35%)	31 (66%)	0.018
	Desempleado	10 (43%)	7 (15%)	
	Incapacidad laboral transitoria	5 (22%)	9 (19%)	
Comorbilidad psiquiátrica	Trastornos afectivos	5 (22%)	15 (32%)	0.376
	Trastornos neuróticos	5 (22%)	19 (40%)	0.122
	Trastornos psicóticos	1 (4%)	7 (15%)	0.193
	Trastornos de la personalidad	5 (22%)	1 (2%)	0.006
	Trastornos por abuso de sustancias	7 (30%)	5 (11%)	0.039
Tratamiento psicofarmacológico	Antidepresivos	2 (9%)	11 (23%)	0.137
	Ansiolíticos	2 (9%)	1 (2%)	0.202
	Antidepresivos y ansiolíticos	17 (74%)	27 (58%)	0.181
	Antipsicóticos	2 (9%)	8 (17%)	0.349

TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS E INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

María Toledano Macías^a, José Luis Rodríguez Calvín^b

^a Estudiante de 6º curso de Grado en Medicina. Universidad Rey Juan Carlos. Hospital Universitario de Fuenlabrada. Madrid.

^b Jefe de Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario de Fuenlabrada. Fuenlabrada. Madrid.

ABSTRACT

Palabras clave: Infarto Agudo de Miocardio, Ansiedad, Depresión.

Introducción: Debido a la prevalencia de las enfermedades cardiovasculares, han sido numerosos los estudios que han intentado dilucidar cuáles son los factores de riesgo más influyentes, y entre ellos se ha incluido a los factores psicológicos como un punto importante a tener en cuenta, siendo la depresión el que ha sido objeto de mayor atención para la investigación ¹.

Objetivos: El objetivo de este estudio es, en primer lugar, conocer la prevalencia de historia psiquiátrica en los pacientes ingresados por un Infarto Agudo de Miocardio (IAM) y su relación con el mismo. Por otro lado, analizar la relación entre el IAM y la aparición posterior de trastornos de la esfera psiquiátrica.

Material y métodos: Se trata de un estudio transversal, descriptivo y retrospectivo. Fueron incluidos todos los pacientes con diagnóstico de IAM que ingresaron en el Hospital Universitario de Fuenlabrada (HUF) entre los días 1 de enero de 2010 y 30 de junio de 2010 (114 pacientes). Fueron excluidos del estudio los fallecidos en los seis meses posteriores al IAM, los trasladados a otro hospital, los que fueron dados de alta fuera de nuestro centro y los que tras el IAM no siguen las revisiones en el HUF. Tras esto, la muestra válida para nuestro estudio fue de 84 pacientes. Para la recogida de datos, nos basamos en la historia clínica electrónica, tanto la alojada en Selene, como la historia de los procesos atendidos en atención primaria, a través de Horus. Se han analizado los datos hallando frecuencias. Para determinar si las variables cuantitativas seguían una distribución normal, utilizamos el test de Kolmogorov Smirnov. Para comparar variables cualitativas entre si usamos la prueba de Chi Cuadrado. Para comparar variables cualitativas dicotómicas con cuantitativas con distribución normal, utilizamos el test T- Student; para aquellas no paramétricas, utilizamos el test de U de Mann-Whitney. Para estudiar asociaciones, utilizamos el coeficiente de correlación de Pearson. Además se realizó un estudio de regresión logística.

Resultados:

Características sociodemográficas y análisis de la muestra: Las características sociodemográficas y antecedentes médicos aparecen reflejados en la tabla 1.

IAM y Trastorno Psiquiátrico Anterior: Al dividir la muestra en función de si los pacientes estaban en tratamiento psiquiátrico en el momento del IAM, se encontró una diferencia estadísticamente significativa en los días de ingreso (6 en los pacientes en tratamiento psiquiátrico y 5 en los que no lo seguían, con una Desviación Estándar (DE) de 4,532). El riesgo de aparición de nuevos IAM era 2,59 veces mayor en el grupo de pacientes que seguían tratamiento psiquiátrico, comparado con el grupo que no lo seguía (IC 95% de 1,20- 5,55).

IAM y Trastorno Psiquiátrico Posterior: Al dividir la muestra en función de si los pacientes habían

desarrollado un trastorno psiquiátrico posterior, se halló que, de forma significativa, los pacientes que presentaban síntomas depresivos previos al IAM tenían un riesgo 3,74 veces mayor de desarrollar un trastorno psiquiátrico posterior, comparado con el grupo que no tenía síntomas depresivos (IC al 95% de 1,54- 9,09). De forma similar, los pacientes que presentaban síntomas de ansiedad previos tenían un riesgo 3,04 veces mayor de desarrollar un trastorno psiquiátrico posterior al IAM, comparado con el grupo que no presentaba ansiedad (IC 95% de 1,17- 7,35). También se halló un riesgo significativamente mayor de desarrollar un trastorno psiquiátrico posterior al IAM en el caso de los pacientes que habían sido diagnosticados de síndrome ansioso depresivo (riesgo 5,46 mayor con IC 95% de 2,51-12,04) y en el caso de los pacientes derivados a Salud Mental previamente (riesgo 4,62 mayor con IC 95% 1,85-10,75). Se realizó un análisis multivariante con varios modelos de regresión logística. El análisis indica que la prevalencia de trastorno psiquiátrico posterior al IAM se relacionaba con la presencia de síntomas depresivos (mayor si estaban presentes) y con el hecho de haber sido derivados a Salud Mental (mayor en el caso de haber sido derivados).

Discusión: Alrededor de un 16-22% de los pacientes presentan un diagnóstico de depresión posterior al IAM². Pero al igual que la depresión son frecuentes los síntomas de ansiedad, que afectan hasta a un 20% de los pacientes durante las distintas etapas de la enfermedad coronaria^{1,3,4}. El 29,76% de los sujetos de nuestra muestra habían presentado antecedentes psiquiátricos; un 16,67% de ellos tenían síntomas depresivos, un 20,24% de pacientes, síntomas de ansiedad, siendo seguidos en Salud Mental un 11,9% por Trastorno Depresivo Mayor (TDM) y un 9,52% de ellos por Trastorno por Ansiedad Generalizada (TAG). Sin embargo, es difícil dilucidar si se limitan a síntomas aislados o cumplen los criterios que determinan la CIE-10 o el DSM-V para el diagnóstico de TDM o TAG. Varios estudios de diseño parecido al nuestro ofrecen resultados similares. Entre ellos cabe destacar el de Larsen et al, publicado en 2013, que hallaba una prevalencia de síntomas depresivos en el 18,6% en los pacientes con IAM⁵. Sin embargo, en el estudio HUNT 2, uno de los más extensos desarrollados sobre este tema, la prevalencia de TDM hallada es del 3 % y la de TAG en un 5,2%^{2,6}. En 2012, Zuidersma et al. Determinaron que el riesgo de nuevos eventos cardiovasculares aumentaba proporcionalmente con el aumento de síntomas psiquiátricos en los pacientes que no tenían depresión⁷. En nuestro estudio descriptivo encontramos un riesgo estadísticamente significativo de IAM en los pacientes pertenecientes al grupo de aquellos con tratamiento psiquiátrico previo.

Conclusiones: Los resultados del estudio indican que, entre los pacientes ingresados por IAM en el HUF, existe una alta prevalencia de trastornos psiquiátricos, principalmente TDM y TAG. Sin embargo, son necesarios estudios de diseño analítico que determinen las relaciones entre trastornos de la esfera psiquiátrica y el IAM. Es necesario prestar atención a la presencia de síntomas psiquiátricos en los pacientes con IAM, ya que podrían ser predictores tanto de necesidades especiales, como de complicaciones.

Bibliografía:

1. Smith PJ; Blumenthal JA. Aspectos psiquiátricos y conductuales de la enfermedad cardiovascular: epidemiología, mecanismos y tratamiento. Rev Esp Cardiol. 2011; 64 (10):924-933.
2. Carney RM; Freedland KE; Sheline YI; Weiss ES. Depression and coronary heart disease: a review for cardiologists. Clin. Cardiol. 1997; 20: 196-200.
3. Bunevicius A; Staniute M; Brozaitiene J; Pop VJM; Neverauskas J; Bunevicius R. Screening for anxiety disorders in patients with coronary artery disease. Health qual life out 2013; 11: 37.
4. Gustad LT; Laugsand LE; Janszky I; Dalen H; Bjerkeset O. Symptoms of anxiety and depression and risk of acute myocardial infarction: the HUNT 2 study. Eur Heart J 2013 Sep 20.
5. Larsen KK; Christensen B; Sondergaard; Vestergaard M. Depressive symptoms and risk of new cardiovascular events or death in patients with myocardial infarction: a population-based longitudinal study examining health behaviors and health care interventions. PLoS ONE 2013; 8 (9).
6. Gustad LT; Laugsand LE; Janszky I; Dalen H; Bjerkeset O. Symptoms of anxiety and depression and risk of acute myocardial infarction: the HUNT 2 study. Eur Heart J 2013 Sep 20.
7. Zuidersma M; Ormel J; Conradi HJ; de Jonge P. An increase in depressive symptoms after myo-

cardial infarction predicts new cardiac events irrespective of depressive symptoms before myocardial infarction. Psychol Med 2012; 42: 683-693.

Variables	Global N (%)	Variables	Global N (%)	Variables	Global N (%)
Nº de pacientes	84 (100)	Antecedentes psiq		Cardiopatía previa	
Edad*	62,80 (14,73)*	Si	25 (29,76)	Si	27 (32,14)
Tabaco actual o previo		No	59 (70,24)	No	57 (67,86)
Si	50 (59,52)	Dg Sx Depresivos		Cardiopatía isquémica	
No	34 (40,48)	Si	14 (16,67)	Si	16 (19,05)
Fumador		No	70 (83,33)	No	68 (80,95)
Si	33 (39,29)	Sx Ansiedad		Fibrilación auricular	
No	51 (60,71)	Si	17 (20,24)	Si	9 (10,71)
Exfumador		No	67 (79,76)	No	75 (89,29)
Si	17 (20,24)	Dg de Ansiedad		Insuficiencia valvular	
No	67 (79,76)	Si	8 (9,52)	Si	6 (7,14)
Diabetes		No	76 (90,48)	No	78 (92,86)
Si	25 (29,76)	DM		Insuficiencia cardíaca	
No	59 (70,24)	Si	10 (11,9)	Si	4 (4,76)
HTA		No	74 (88,1)	No	80 (95,24)
Si	54 (64,29)	Sd ansioso dep		Infartos post	
No	30 (35,71)	Si	4 (4,76)	Si	7 (8,33)
Colesterol		No	80 (95,24)	No	77 (91,67)
Si	45 (53,57)	Derivación a SM		TPsqPost	
No	39 (46,43)	Si	9 (10,71)	Si	14 (16,67)
Cancer		No	75 (89,29)	No	70 (83,33)
Si	14 (16,67)	Tto momento IAM		Dg post de DM	
No	70 (83,33)	Si	21 (25)	Si	5 (5,95)
Nº días de ingreso**	5 (p25: 4)** (p75: 7) (RQ: 7-4)	No	63 (75)	No	79 (94,05)
		Nº de psicoFcos**	0 (p25: 0)** (p75: 0,75) (RQ: 0,75-0)	Dg post de Ansiedad	
				Si	6 (7,14)
				No	78 (92,86)

*Datos expresados en Media (Desviación Estándar). **Variables no paramétricas. Datos expresados en Mediana, percentil 25-75, Rango Intercuartílico.

HTA: hipertensión arterial. Psiq: psiquiátricos. Dg: diagnóstico. Sx: síntomas. DM: depresión Mayor. Sd: síndrome. Dep: depresivo. SM: Salud Mental. Tto: tratamiento. IAM: infarto agudo de miocardio. PsicoFcos: psicofármacos. TPsqPost: trastorno psiquiátrico posterior.

INFLUENCIA DEL TRASTORNO PSIQUIÁTRICO NO EXCLUYENTE DE CIRUGÍA BARIÁTRICA EN EL ÉXITO DE LA INTERVENCIÓN A LOS 2 AÑOS

Alberto Tauste^a, José B. Morales^b, Alfonso Antequera^c

^a Estudiante 6º de Medicina de la URJC, HUF,

^b Servicio Psiquiatría HUF,

^c Servicio Cirugía General y Digestiva HUF.

ABSTRACT

Palabras clave: Cirugía bariátrica; Obesidad mórbida; Enfermedad psiquiátrica.

Introducción: La obesidad presenta comorbilidades asociadas bien definidas tales como DM2, hipertensión, dislipemia, enfermedad cardiovascular, SAOS y osteoartropatía grave¹. El riesgo de desarrollar estas complicaciones aumenta con la adiposidad, y la reducción del exceso de peso reduce o incluso resuelve estas dolencias¹. La cirugía bariátrica es un tratamiento eficaz para la obesidad mórbida y sus complicaciones². Estudios recientes sugieren que la patología psiquiátrica puede ser un factor predictor de mal resultado², considerando los potenciales riesgos de la cirugía, deberían estudiarse dichos factores para optimizar los criterios de indicación quirúrgica.

Objetivos: Analizar la influencia de los trastornos psiquiátricos no excluyentes de cirugía bariátrica en el éxito de la intervención a los dos años.

Como objetivos secundarios planteamos la influencia de dichos trastornos en la aparición de complicaciones postoperatorias precoces y tardías.

Pacientes y métodos: Se diseña un estudio de casos y controles. Se incluyeron los 70 pacientes intervenidos mediante técnicas de cirugía bariátrica durante el bienio 2010-2011 en el Hospital Universitario de Fuenlabrada, con un seguimiento de 2 años. Los casos (n=11) fueron aquellos pacientes con un mal resultado según los criterios de Lechner y Elliot³ (pacientes con una pérdida de menos de un 50% del exceso de peso inicial), y los controles (n=54) fueron aquellos con una pérdida del porcentaje del exceso de peso inicial mayor del 50%. Se consideró factor de exposición el presentar patología psiquiátrica no excluyente de cirugía bariátrica previa a la intervención.

Resultados: La existencia de patología psiquiátrica no excluyente de cirugía previa la intervención presentó una odds ratio (OR) de 1,448 (intervalo de confianza [IC] del 95%, 0,343-6,108) para un mal resultado. Para complicaciones postoperatorias precoces la OR fue de 0,291 (IC 95%, 0,058-1,541). Para complicaciones postoperatorias tardías la OR fue de 0,294 (IC 95%, 0,033-2,607).

Conclusiones: A diferencia de los resultados obtenidos en estudios recientes que sugieren que la enfermedad psiquiátrica podría ser un factor predictor para un resultado menos favorable², en nuestra muestra no se ha encontrado asociación entre patología psiquiátrica previa y el éxito de la intervención a los dos años.

Por otro lado, tampoco encontramos asociación entre la enfermedad psiquiátrica y la aparición de complicaciones postoperatorias precoces ni tardías en los dos primeros años tras la intervención en nuestra muestra, a diferencias de estudios previos que relacionan la patología psiquiátrica con una mayor incidencia de complicaciones tardías².

Finalmente señalar que la ausencia de evidencia no se traduce en evidencia de ausencia, los resultados han sido obtenidos para un tamaño muestral pequeño, por lo que no deberían considerarse necesariamente concluyentes.

Bibliografía:

1. Robert B. Bariatric operations for management of obesity: Indications and preoperative preparation. En UpToDate, Post TW (Ed.). UpToDate, Waltham, MA. [Acceso 17 de marzo de 2014].
2. Botella F, Alfaro JJ, Molina E, Lomas A, Salas MA, García A, García L. Influencia de la enfermedad psiquiátrica previa en la evolución de los pacientes sometidos a cirugía bariátrica. *Endocrinol Nutr.* 2010;57(1):9-15
3. Larrad A, Sánchez-Cabezudo C. Indicadores de calidad en cirugía bariátrica y criterios de éxito a largo plazo. *Cir Esp.* 2004; 75(3):301-4.

IV. BLOQUE QUIRÚRGICO

LA INTERVENCIÓN DE HARTMANN: NUESTRA EXPERIENCIA EN CUATRO AÑOS

Román García de León, Laura^a; Fernández Escudero, Beatriz^b; Vega López, María Laura^c

^a *Estudiante de sexto curso de Grado en Medicina, Universidad Rey Juan Carlos.*

^b *Médico Especialista en Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital Universitario Fundación Alcorcón.*

^c *MIR de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital Universitario Fundación Alcorcón.*

ABSTRACT

Palabras clave: procedimiento Hartmann, morbimortalidad, reconstrucción del tránsito intestinal.

Introducción: Desde que en 1923 el cirujano francés Henri Hartmann describiera este procedimiento como alternativa a la amputación abdomino-perineal en pacientes con cáncer de rectosigma, sus indicaciones han ido ampliándose, hasta incluir también pacientes con patología benigna y pacientes que requieran una intervención quirúrgica colónica urgente.

Objetivo: Analizar los pacientes intervenidos mediante el procedimiento Hartmann en el Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo del Hospital Universitario Fundación Alcorcón; sus indicaciones y la morbimortalidad asociada.

Material y métodos: Se ha realizado un estudio descriptivo, retrospectivo, con un tamaño muestral de 35 pacientes, intervenidos mediante el procedimiento Hartmann desde enero de 2010 hasta diciembre de 2013.

Se ha realizado una base de datos recogiendo distintas variables a partir de los datos incluidos en la historia clínica electrónica en el programa Selene® (sexo, edad, diagnóstico final (oncológico o patología benigna) y su carácter urgente o electivo, morbilidad asociada al estoma, y tasa de reintervención y sus complicaciones). Los datos se analizaron mediante el programa estadístico SPSS.

Resultados: El procedimiento Hartmann supone el 2,4% de todas las intervenciones realizadas en ese periodo en dicho servicio. La distribución de la muestra en cuanto a edad y sexo fue: 48,6% mujeres (17 en total, 14 oncológicas y 3 por patología benigna) y 51,4% varones (18 en total, 10 oncológicos y 8 por patología benigna). La media de edad fue de 72,4 años (DS = ±16 años), 77 años en los pacientes oncológicos y 62,3 años en los no oncológicos. La mediana de edad fue de 75 años (78,5 y 71 años en el grupo de oncológicos y el de patología benigna, respectivamente).

En el 31% se realizó cirugía urgente (54% oncológicos y 46% patología benigna), y en el 69% cirugía electiva (75% oncológicos y 25% patología benigna).

El diagnóstico histopatológico reveló patología tumoral en el 69% de los casos (87,5% adenocarcinoma de rectosigma). Del 31% restante, en el que se describió patología no oncológica, en el 45% el diagnóstico fue de diverticulitis aguda, siendo ésta la causa más frecuente. En la *Tabla 1* se detallan los diagnósticos y el carácter urgente o electivo de la cirugía.

La tasa de reintervención fue del 2,9% (1 paciente, del grupo de los oncológicos, con diagnóstico de oclusión intestinal secundaria a hernia interna).

De la morbilidad asociada al estoma, se describieron: 9 hernias paraestomales, 5 en los pacientes oncológicos (sólo 1 se trató de forma quirúrgica por la mala situación clínica de los demás), y 4 en los no oncológicos (3 se repararon mediante cirugía); 3 infecciones leves y una hemorragia por mucositis (estas dos últimas complicaciones aparecieron exclusivamente en el grupo de los oncológicos).

La mortalidad del grupo en el postoperatorio inmediato fue del 2,9% (sólo 1 paciente). Sin embargo, en el seguimiento durante los 4 años fue del 17,4% (6 pacientes, 5 oncológicos y 1 no oncológico).

La tasa de reconstrucción del tránsito intestinal fue del 28%, el 12,5% de los oncológicos (sólo 1 tuvo complicaciones derivadas) y el 31% de los intervenidos por patología benigna (todos tuvieron complicaciones derivadas de la reconstrucción, requiriendo dos de ellos intervención quirúrgica para solventarlas).

Conclusiones: El procedimiento Hartmann es una técnica quirúrgica que no sólo se emplea para pacientes con neoplasia de rectosigma, sino que también es una buena alternativa en pacientes con patología benigna, en patología quirúrgica urgente y en pacientes con alto riesgo quirúrgico o de dehiscencia de la anastomosis; como ya habíamos observado en la literatura.

Sin embargo, no es una intervención exenta de riesgo, ya que un porcentaje nada desdeñable presenta complicaciones tanto derivadas de la intervención como del estoma.

La tasa de reconstrucción del tránsito intestinal es baja, si bien la mala situación clínica de la mayoría de los pacientes candidatos a este tipo de cirugía, así como el bajo tiempo de seguimiento, podrían explicar este aspecto. Además, presenta también una alta morbimortalidad, que puede llevar incluso a la realización de una colostomía definitiva.

Bibliografía:

1. Darius C. Desai, Edward J. Brennan Jr., James F. Reilly, Robert D. Smink Jr. The utility of the Hartmann procedure. *Am J Surg.* 1998 Feb; 175(2):152-4.
2. González Ojeda A, Durán Ramos O, Avalos González J, Herrera Camacho T, Orozco Mosqueda A, Gutiérrez de la Rosa JL, Hermosillo Sandoval JM. Hartmann's procedure. Institutional experience with 92 consecutive cases. *Rev Gastroenterol Mex.* 1999 Jul-Sep; 64(3):127-33.
3. Keck JO¹, Collopy BT, Ryan PJ, Fink R, Mackay JR, Woods RJ. Reversal of Hartmann's procedure: effect of timing and technique on ease and safety. *Dis Colon Rectum.* 1994 Mar; 37(3):243-8.
4. Chiarugi M¹, Buccianti P, Galatioto C, Viaggi B, Balestri R, Decanini L, Cavina E. Intestinal reconstruction after a Hartmann intervention: a high-risk procedure?. *Ann Ital Chir.* 1998 Nov-Dec; 69(6):789-93; discussion 793-4.
5. Dorothy B Doughty, Ron Landmann. Management of patients with a colostomy or ileostomy. In: *UpToDate*, Martin Weiser (Ed), *UpToDate*, Rosemary B Duda, 2013 [acceso 25 octubre 2013]. Disponible en: <http://www.uptodate.com/>

Tabla 1: Diagnósticos según tipo de cirugía y carácter oncológico/no oncológico

	PACIENTES ONCOLÓGICOS		PACIENTES NO ONCOLÓGICOS	
	Diagnóstico	Nº de paciente	Diagnóstico	Nº de pacientes
CIRUGÍA URGENTE	Dehiscencia de anastomosis tras RAB por ca recto T3 N0.	1	Peritonitis aguda por hundimiento del estoma	3
	Ca recto T2 N2	1	Diverticulitis aguda	3
	Obstrucción intestinal secundaria a ca recto	1	Colitis isquémica	1
	Isquemia intestinal tras RAM por ca recto T2 N0	1		
	Obstrucción intestinal secundaria a ca recto	1		
	Dehiscencia de sutura tras resección de recto por pólipo Haggit 3	1		
CIRUGÍA ELECTIVA	Ca recto T3 N0	4	Estenosis inflamatoria de anastomosis tras RAB	1
	Ca recto T4 N0	1	Diverticulitis aguda	2
	Ca recto T2 N1	2	Adenoma veloso con displasia de bajo grado	1
	Ca recto T3 N2	1	Brote de Enf Crohn	1
	Ca recto T4 N2 M1	1	Prolapso rectal recidivante	1
	Ca sigma T2 N0	1		
	Ca sigma T3 N0	1		
	Ca sigma T4 N0	2		
	Ca sigma T4 N2	1		
	Ca ovario estadio IIIc	2		
	Ca ovario no estadificado	1		
	Ca vejiga estadio III	1		

UTILIZACIÓN DE ENDOPRÓTESIS EN PACIENTES CON NEOPLASIAS OBSTRUCTIVAS DE COLON IZQUIERDO

Julia Villamayor Sánchez^a, Jose Antonio Rueda Orgaz^b

^a Estudiante de 6º de Grado en Medicina de la Universidad Rey Juan Carlos.

^b Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo del Hospital Universitario Fundación Alcorcón

ABSTRACT

Introducción: La cirugía urgente en pacientes con cáncer de colon obstructivo conlleva una elevada morbimortalidad si se compara con la cirugía electiva. Con el uso de endoprótesis se puede evitar en muchos casos la cirugía urgente, ya sea con un objetivo paliativo o como “puente” a una cirugía programada.

Objetivos: El objetivo de este trabajo es analizar los resultados del uso de endoprótesis tanto como “puente” a la cirugía como en su uso paliativo para pacientes con neoplasias obstructivas de colon izquierdo. Se pretenden analizar las tasas de éxito tanto técnico como clínico así como las complicaciones derivadas del procedimiento.

Material y métodos: Es un estudio observacional descriptivo transversal. Se ha llevado a cabo en el Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo del Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Se han elegido para el estudio todos los pacientes con criterios clínicos de obstrucción por neoplasia de colon confirmada con radiología que hayan requerido uso de endoprótesis en fechas comprendidas entre los años 2000 y 2014. El tamaño muestral es de 93 pacientes. Las variables analizadas han sido: indicación de endoprótesis (puente a la cirugía o paliativo), localización de la obstrucción, tasas éxito técnico (definido por la colocación adecuada y expansión de la prótesis), éxito clínico (definido por la recuperación de tránsito intestinal), complicaciones (perforación, migración, sangrado, reobstrucción y exitus), tiempo transcurrido hasta la intervención y tipo de cirugía realizada.

Resultados: Se han incluido 93 pacientes en nuestro estudio, de los cuales el 63% (59 de 93) fueron varones y 37% (34 de 93) mujeres. En el 62% (58 de 93) de pacientes se colocó la endoprótesis como “puente” a la cirugía y en el 38% (35 de 93) como tratamiento paliativo. La distribución de la localización de la obstrucción ha sido la siguiente: en unión recto sigma 30% (28), sigma 47% (44), colon descendente 10% (9), ángulo esplénico 10% (9), colon transverso 2% (2), ángulo hepático 1% (1). Las tasas de éxito técnico y clínico del procedimiento fueron 81% (75 de 93) y 75% (70 de 93) respectivamente. Las complicaciones observadas han sido la perforación con una tasa de 7,5% (7 de 93), reobstrucción 3,2% (3 de 93) y migración del stent 1% (1 de 93). La mortalidad asociada al procedimiento ha sido del 1% (1 de 93). El uso de endoprótesis permitió la realización de 37 cirugías electivas, de las cuales 6 se beneficiaron de tratamiento laparoscópico. El tiempo medio desde la colocación de endoprótesis hasta la intervención ha sido de 14 días. La colocación de la endoprótesis se realizó en el Servicio de Radiología Vasculuar con asistencia de endoscopia en caso de que fuera necesario. En todos los casos se realizó radiografía de control para comprobar la correcta apertura y colocación del stent.

Conclusiones:

- El tratamiento con endoprótesis en las obstrucciones neoplásicas por cáncer de colon es una buena opción tanto como paso transitorio a la cirugía programada como para tratamiento paliativo. Sin embargo, no está exenta de complicaciones siendo la más frecuente y grave la perfora-

ción que no debe superar el 5 – 10% según la literatura revisada. En nuestra serie ha sido del 7,4%.

- La localización de la obstrucción en ángulo esplénico no es una contraindicación absoluta para la colocación de prótesis como lo demuestran los resultados de nuestra serie.

- Analizando la literatura, se muestran datos contradictorios sin evidencia probada, que ponen en entredicho la utilización de esta técnica como puente a la cirugía al considerarse perjudicial desde el punto de vista oncológico.

Aun así, en espera de evidencia científica, está aceptado que el uso de endoprótesis consigue evitar un gran número de cirugías urgentes. Además, en muchos pacientes cuya indicación del procedimiento tiene un fin paliativo se evita la realización de estomas y la disminución de la calidad de vida que ello conlleva.

Bibliografía:

1. Sabbagh C, Browet F, Diouf M, et al. Is Stenting as “a Bridge to Surgery” an Oncologically Safe Strategy for the Management of Acute, Left-Sided, Malignant, Colonic Obstruction? *Annals of Surgery* 2013; 00: 1–9.
2. Tan C. J, Dasari B.V. M and Gardiner K. Systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials of self-expanding metallic stent as a bridge to surgery surgery versus emergency surgery for malignant left-sided large bowel obstruction. *Systematic review. British Journal of Surgery* 2012; 99: 469–476.
3. Sagar J. Colorectal stents for the management of malignant colonic obstructions. Review. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011, Issue 11. Art. No.: CD007378. DOI: 0.1002/14651858.CD007378.pub2.

ADENOCARCINOMA DE PÁNCREAS: ESTUDIO DE SUPERVIVENCIA TRAS CIRUGÍA POTENCIALMENTE CURATIVA

Rodrigo Tejerina López^a, Federico Ochando Cerdán^b, Jose María Fernández Cebrián^b

^a Alumno 6º Medicina, Universidad Rey Juan Carlos, Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Madrid.

^b Servicio de Cirugía General, Hospital Fundación Alcorcón, Universidad Rey Juan Carlos, Madrid.

ABSTRACT

Palabras clave: Pancreatic adenocarcinoma AND surgery AND survival.

Objetivo: Analizar la supervivencia tras cirugía con intención curativa en pacientes diagnosticados de adenocarcinoma de páncreas y determinar los factores que influyen en la misma.

Material y Métodos: Se realiza un estudio retrospectivo de pacientes intervenidos por el servicio de cirugía general del HUFA entre el 2004 y 2014 con diagnóstico de adenocarcinoma de páncreas. Incluimos aquellos pacientes intervenidos con intención curativa, excluyéndose, pacientes irresecables, inoperables o intervenidos con cirugía paliativa, incluyendo aquellos en los que la anatomía patológica confirmó la presencia de adenocarcinoma ductal, excluyéndose otros tipos histológicos.

Se incluyó un total de 45 pacientes, de los cuales 25 (55,6 %) fueron mujeres y 20 (44,6%), varones.

Para nuestro estudio incluimos las variables demográficas habituales, así como los niveles séricos de antígeno carcinoembrionario (CEA) y bilirrubina; la localización, técnica y mortalidad quirúrgica; los estadios T y N; si la resección fue completa o no (R0/R1); el ASA preoperatorio y si recibieron quimioterapia tras la cirugía. También se reflejó el tiempo de seguimiento de los pacientes. Para el análisis estadístico utilizamos el programa SPSS, realizando un análisis descriptivo para las variables demográficas, utilizando para la comparación entre variables cuantitativas la T-Student, correlación de Spearman y test de ANOVA. Finalmente se realizó un análisis de Kaplan-Meier de la supervivencia.

Resultados: La edad media fue 65,9 años (45-89). En 37 casos (82,2%), el tumor se encontró en la cabeza del páncreas, mientras que en los 8 restantes (17,8%), la lesión se encontró en el cuerpo y/o cola pancreática. La mayoría de los pacientes fueron estadio T3 (82,2 %) y se encontraron ganglios positivos (N1) en el 75,6% de los casos. Se consiguió una R0 (resección completa) en 33 pacientes (73,3%). El 84,4% de los pacientes fueron ASA III, frente a un 13,3% ASA II y un 2,2% ASA IV. De los 40 pacientes a los que se realizó seguimiento, 33 recibieron quimioterapia adyuvante.

El tiempo medio de seguimiento fue de 23,89 meses (rango: 4,47-108). 5 (11,1%) pacientes fallecieron en el postoperatorio (considerado hasta 90 días tras la cirugía). La supervivencia global a los 2 años fue del 48,7% y a los 5 años fue del 27,7.

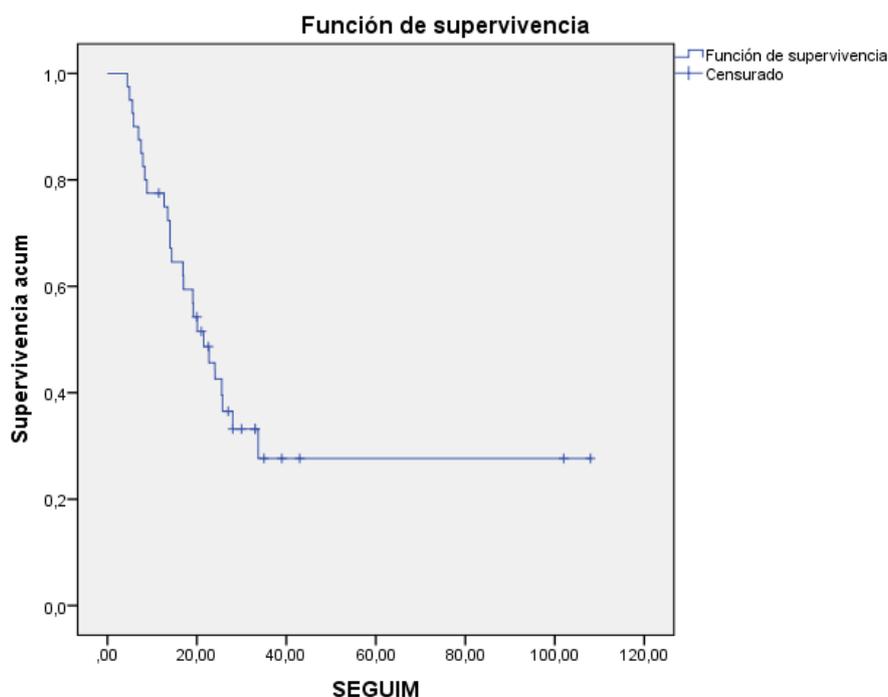
Las variables independientes estadísticamente significativas relacionadas con una mayor supervivencia, fueron el estadio T (p=0,00) y la resección completa (R0) (p=0,045).

Conclusión: A pesar de los avances en el tratamiento, la supervivencia a largo plazo en pacientes operados de cáncer de páncreas sigue siendo muy limitada. En nuestro estudio el estadio T precoz

(T1 Y T2) y la resección completa del tumor (R0) se han relacionado de manera estadísticamente significativa con una mayor supervivencia.

Bibliografía:

1. Ferrone CR, Pieretti-Vanmarcke R, Bloom JP, Zheng J, Szymonifka J, Wargo JA, et al. Pancreatic ductal adenocarcinoma: Long-term survival does not equal cure. *Surgery*. 2012 Sep;152(3 Suppl 1):S43-9
2. Distler M, Rückert F, Hunger M, Kersting S, Pilarsky C, Saeger HD, et al. Evaluation of survival in patients after pancreatic head resection for ductal adenocarcinoma. *BMC Surg*. 2013 Apr 22; 13: 12.
3. Lee KJ, Yi SW, Chung MJ, Park SW, Song SY, Chung JB, et al. Serum CA 19-9 and CEA levels as a prognostic factor in pancreatic adenocarcinoma. *Yonsei Med J*. 2013 May 1; 54(3):643-9. doi: 10.3349/ymj.2013.54.3.643.
4. Lewis R, Drebin JA, Callery MP, Fraker D, Kent TS, Gates J. A contemporary analysis of survival for resected pancreatic ductal adenocarcinoma. *HPB (Oxford)*. 2013 Jan; 15(1):49-60.
5. He J, Edil BH, Cameron JL, Schulick RD, Hruban RH, Herman JM, et al. Young patients undergoing resection of pancreatic cancer fare better than their older counterparts. *J Gastrointest Surg*. 2013 Feb; 17(2):339-44.
6. Eeson G, Chang N, McGahan CE, Khurshed F, Buczkowski AK, Scudamore CH. Determination of factors predictive of outcome for patients undergoing a pancreaticoduodenectomy of pancreatic head ductal adenocarcinomas. *HPB (Oxford)*. 2012 May; 14(5):310-6.
7. Winter JM, Brennan MF, Tang LH, D'Angelica MI, Dematteo RP, Fong Y. Survival after resection of pancreatic adenocarcinoma: results from a single institution over three decades. *Ann Surg Oncol*. 2012 Jan; 19(1):169-75.



ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS POSTCIRUGÍA EN UNA SERIE DE PACIENTES INTERVENIDOS DE OBSTRUCCIÓN LAGRIMAL MEDIANTE DACRIOCISTORRINOSTOMÍA EXTERNA

R. Aragón^a, F. Cabrera^a, I. del Cura^b y N. Toledano^c

^a *Estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Salud. URJC.*

^b *Profesora Medicina Preventiva y Salud Pública. URJC.*

^c *Jefe del Servicio de Oftalmología del Hospital Universitario de Fuenlabrada.*

ABSTRACT

Palabras clave: Dacriocistorrinostomía, dacriocistorrinostomía externa, lagrimeo, obstrucción vía lagrimal.

Objetivos: Describir la tasa de éxito, al año de seguimiento, de la dacriocistorrinostomía externa (DCREx) en pacientes con obstrucción baja de la vía lagrimal. Estudiar la concordancia entre la resolución anatómica (permeabilidad conducto) y la sintomatología clínica (no lagrimeo) así como las variables epidemiológicas que se asocian al fracaso de la cirugía.

Material y métodos: Se realizó un estudio descriptivo, longitudinal retrospectivo. Se incluyeron todas las DCREx realizadas en el periodo 2008-2012, en el Hospital Universitario de Fuenlabrada, excluyendo aquellas de las que no se disponía de seguimiento. Se recogieron las variables sociodemográficas sexo y edad de los pacientes intervenidos, la lateralidad de la cirugía y como variable resultado la permeabilidad de la vía lagrimal medida mediante siringación y la epífora subjetiva. Se definió como éxito de la cirugía a la presencia en un mismo paciente de permeabilidad de la vía lagrimal (o éxito anatómico) y la ausencia de epífora (o éxito funcional).

Resultados: De un total de 166 pacientes intervenidos fueron incluidos 134 que tenían una edad media de 68.8 ± 10.64 años, de los cuales el 71.6% fueron mujeres. El 52.2% de las intervenciones se realizaron en el ojo derecho. Las tasas de éxito (permeabilidad y ausencia de lagrimeo) fueron 75.3% a los 7 días, 63.3% al mes, 60.8% a los tres meses, 51.5% a los seis y un 56.4% al año. Las tasas de permeabilidad fueron de 91.1%, 87.9%, 70.5%, 60.3%, 65% y las tasas de no epífora de 80.6%, 69.3%, 62.2%, 58%, 63.2% a los 7 días, al 1, 3, 6 meses y al año respectivamente. No se encontró asociación entre el fracaso de la cirugía y las variables estudiadas. La concordancia entre el éxito anatómico y quirúrgico obtuvo un índice kappa de 0.30, 0.52, 0.72 al 1, 3 y 6 meses respectivamente.

Discusión: La tasa de éxito global al año fue superior al 50% y fue menor que en otras series revisadas, en las que es mayor del 70-80% probablemente debido a que en nuestro estudio el tiempo de seguimiento fue mayor, las intervenciones fueron realizadas por varios oftalmólogos con diversa experiencia, no fueron casos seleccionados sino recogidos de la práctica habitual y los datos obtenidos en las revisiones en consulta, no telefónicamente. La tasa de permeabilidad anatómica fue entre un 1-20% mayor que la de no lagrimeo y esta diferencia fue disminuyendo en las sucesivas revisiones, siendo un 18.6% mayor el éxito anatómico que funcional al mes y sólo un 1.8% al año, y fue probablemente porque se recogió con menos precisión el lagrimeo que la permeabilidad del conducto lagrimal durante las primeras revisiones. Igualmente cuando calculamos la concordancia anatómica y funcional, se observó que la permeabilidad existente desde un principio no siempre se acompañaba de ausencia de epífora, aunque a los 6 meses la concordancia mejoró. Este

hecho puede deberse a la subjetividad de la medición, la disminución de la inflamación producida por la propia cirugía y a la pérdida de funcionalidad de la glándula debida a la atrofia que aparece en pacientes de edad avanzada.

Conclusiones: La tasa de éxito global al año es menor que en otras series revisadas. La resolución anatómica obtenida a través de la DCREx es mayor que la clínica. La concordancia entre el éxito anatómico y clínico es débil-moderada en los primeros 1-3 meses y buena a los 6 meses. No existe relación entre la edad, sexo y lateralidad con el éxito de la cirugía.

Bibliografía:

1. G. Savino, R. Battendieri, S. Traina, G. Corbo. External vs. endonasaldacryocystorhinostomy: has the current view changed? *ActaOtorhinolartngologicaitalica*2014;34:29-35
2. R. Karim, R. Ghabrial, TF. Lynch, B. Tang. A comparison of external and endoscopic endonasaldacryocystorhinostomy for acquired nasolacrimal duct obstruction. *Clinical Ophthalmology* 2011;5 979-989.
3. S. Ary, AK. Cingu, A. Sahin. Outcomes of revision external dacryocystorhinostomy and nasal intubation by bicanalicular silicone tubing under endonasal endoscopic guidance. *Int J Ophthalmol* 2012;5(2):238-241.
4. B. Parente Hernández, A. Sentieri Omarrementeoría, J. Junceda Moreno. Técnicas correctoras de la obstrucción del Sistema lagrimal en el sistema vertical. *ArchSocEspOftalmol*. 2012;87(5):139-144.
5. YM. Delaney, R. Khooshabeh. External dacryocystorhinostomy for the treatment of acquired partial nasolacrimal obstruction in adults. *Br J Ophthalmol* 2002;86:533-535.
6. G. Saroj, G. Rashmi. Conventional dacryocystorhinostomy versus endonasaldacryocystorhinostomy -A comparative study. *Indian J Otolaryngol Head Neck Surg*2010;62(3) (Rhinology):296–298
7. FH. Zaidi, S, Symanski, JM. Olver. A clinical trial of endoscopic vs external dacryocystorhinostomy for partial nasolacrimal duct obstruction. *Ey e* 2011;25, 1219–1224; F. Mascaró-Zamora, JA. Toribio-García, E. Barberá-Loustaunau. Resultados de la dacriocistorrinostomía externa vía inferior realizada por médicos residentes. *ArchSocEspOftalmol*. 2009;84:501-506.

RESULTADOS POSTQUIRÚRGICOS DE LA DACRIOCISTORRINOSTOMÍA ENDOSCÓPICA ENDONASAL

Fernando Cabrera Canal^a, Raquel Aragón Miguel^a, M^a Isabel del Cura-González^b, Nicolás Toledano Fernández^c

^aAlumno de 6º Grado en Medicina de la Universidad Rey Juan Carlos. Hospital Universitario de Fuenlabrada, Madrid, España.

^bUnidad de Investigación. Gerencia de Atención Primaria. Profesora de Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad Rey Juan Carlos, Madrid, España.

^cJefe de Servicio de Oftalmología. Hospital Universitario de Fuenlabrada, Madrid, España.

ABSTRACT

Palabras clave: Dacriocistorrinostomía endonasal, Endoscopia, Obstrucción lagrimal, Epífora, Vía lagrimal.

Objetivo: Describir las tasas de éxito de la dacriocistorrinostomía endoscópica endonasal (DCREn) en pacientes con clínica de dacriocistitis durante sucesivas revisiones a lo largo de un año: a la semana, al mes, a los tres meses, a los seis meses y al año. Describir la concordancia existente entre la resolución anatómica (permeabilidad de la vía lagrimal) y la sintomatología clínica (ausencia de lagrimeo), así como la relación entre los factores sociodemográficos y el fracaso de esta cirugía.

Material y métodos: Se realiza un estudio descriptivo, longitudinal y retrospectivo de todas las DCREn realizadas entre Enero de 2008 y Noviembre de 2012, en el Hospital Universitario de Fuenlabrada en una serie de 61 pacientes, excluyendo aquellos de los que no se dispone de seguimiento. Se estudian las variables de características sociodemográficas de los pacientes intervenidos (sexo y edad), la lateralidad de la intervención, y los resultados de la cirugía valorando la epífora subjetiva y la permeabilidad de la vía lagrimal. Se define "éxito de la cirugía" a la asociación en un mismo paciente de permeabilidad de la vía lagrimal ("éxito anatómico") y la ausencia de epífora ("éxito funcional").

Resultados: Del total de 61 pacientes analizados el 80,3% fueron mujeres. La mediana de edad de nuestros pacientes fue de 54 años con un rango entre 7-85 años y una desviación típica de 15,6. En cuanto a la lateralidad, el ojo afecto fue el derecho en un 52,5% de los casos. Las tasas de "éxito de cirugía", "éxito anatómico" y "éxito funcional" en las sucesivas revisiones quedan reflejadas en la tabla que figura al final del texto.

Para la valoración de la concordancia entre el éxito anatómico y funcional se obtuvo un índice de Kappa de 0.36, 0.59, 0.63, 0.66 a los 1, 3, 6 meses y 1 año, respectivamente.

No se encuentra asociación entre el fracaso de la cirugía y ninguna de las variables sociodemográficas estudiadas.

Discusión: La tasa de éxito de la cirugía al año se sitúa cercana al 53% y es menor que en otras series revisadas en las que oscila entre el 63-90%, diferencia que puede ser debida a que se han utilizado unos criterios de selección de éxito quirúrgico más estrictos, un tiempo de seguimiento más prolongado y al pequeño tamaño de la muestra estudiada. La tasa de éxito anatómico es entre un 12-20% mayor que la de éxito funcional a lo largo del seguimiento, lo que podría ser atribuido a que dicha permeabilidad se puede constatar de una manera más objetiva que la existencia de lagrimeo dado que su presencia o no depende de la subjetividad del paciente. La concordancia entre el éxito

anatómico y clínico refleja un paulatino ascenso durante las sucesivas revisiones, probablemente debido a que con el envejecimiento de los pacientes se produce una atrofia de la glándula lagrimal con una consecuente disminución de la producción de lágrima y, por tanto, del lagrimeo.

Conclusiones: La tasa de éxito quirúrgico al año se sitúa alrededor del 53% y es, por tanto, menor que otras series revisadas. La resolución anatómica obtenida es mayor que la clínica, pero ambas descienden del 70% a partir del año de revisión. La concordancia entre el éxito anatómico y funcional es débil-moderada en los primeros 1 a 3 meses y buena a los 6 meses y al año. No existe relación entre los factores sociodemográficos (edad y sexo) y la lateralidad de la intervención con el fracaso de la cirugía.

Tabla:

	1ª Semana	1º Mes	3º Mes	6º Mes	1º Año
Éxito de la cirugía	76,3%	71,2%	64,3%	61,5%	52,9%
Éxito anatómico	93,2%	91,5%	78,6%	75,0%	67,6%
Éxito funcional	76,3%	71,2%	66,1%	61,5%	52,9%

Bibliografía:

1. A. Nogueira, P. Zaragoza, N. Toledano, I. Genol, G. Plaza. Dacriocistorrinostomía endonasal: participación del oftalmólogo. Arch Soc Esp Oftalmol 2013;10(1).
2. Anijeet D, Dolan L, MacEwen CJ. Dacriocistorrinostomía endonasal versus externa para la obstrucción del conducto nasolagrimal. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011 Issue 1. Art. No.: CD007097.
3. R. Karim, R. Ghabrial, TF. Lynch, B. Tang. A comparison of external and endoscopic endonasal dacryocystorhinostomy for acquired nasolacrimal duct obstruction. Clinical Ophthalmology 2011;5 979-989.
4. G. Savino, R. Battendieri, S. Traina, G. Corbo, G. d'Amico, M. Gari, E. Scarano, G. Paludetti. External vs. endonasal dacryocystorhinostomy: has the current view changed? Acta Otorhinolaryngol Ital 2014; 34: 29-35.
5. B. Parente Hernández, A. Sentieri Omarrementería, J. Junceda Moreno. Técnicas correctoras de la obstrucción del sistema lagrimal en el sistema vertical. Arch Soc Esp Oftalmol 2012; 87(5):139 144.
6. FH. Zaidi, S. Symanski, JM. Olver. A clinical trial of endoscopic vs external dacryocystorhinostomy for partial nasolacrimal duct obstruction. Eye 2011; 25:1219–1224.

:

DETERMINACIÓN DE LA INCIDENCIA DE ERRORES REFRACTIVOS TRAS LA CIRUGÍA DE FACOEMULSIFICACIÓN

Sara López Puche^a, Nicolás Toledano Fernández^b

^a *Estudiante de 6º de Medicina de la Universidad Rey Juan Carlos.*

^b *Jefe del Servicio del Servicio de Oftalmología del Hospital Universitario de Fuenlabrada.*

ABSTRACT

Introducción: La catarata senil es responsable del 48% de ceguera en el mundo, se prevé que este porcentaje sea mayor a lo largo de los años debido al aumento progresivo del envejecimiento de la población. Además representa una de las principales causas de deterioro de la agudeza visual, tanto en países desarrollados como en desarrollo.

La disminución de la agudeza visual secundaria a las cataratas dificulta notablemente la realización de las actividades básicas habituales de los pacientes y supone un incremento en el riesgo de caídas

El tratamiento de esta patología se realiza habitualmente, mediante la cirugía de facoemulsificación, consistente en la fragmentación del contenido opaco del cristalino con ultrasonidos para posteriormente implantar una lente intraocular sustitutoria de la lente natural. Es una cirugía de corta duración (10-15 minutos aproximadamente), fácil de realizar y que proporciona una notable mejora de la agudeza visual del paciente.

Para ello, es fundamental realizar un correcto cálculo de la lente a implantar durante la cirugía, ya que cualquier error va a condicionar una peor agudeza visual postquirúrgica y, por lo tanto, una disminución de la calidad de vida.

Objetivos: Determinar la incidencia de errores refractivos tras la cirugía de facoemulsificación.

Materiales y métodos: Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo y comparativo en el que se analizaron las historias clínicas de 100 pacientes que recibieron la cirugía de facoemulsificación en el Hospital Universitario de Fuenlabrada durante los años 2012 y 2013. Se tuvieron en cuenta las siguientes variables: número de historia clínica, sexo (1= masculino, 2= femenino), edad, ojo intervenido (D= derecho, I= izquierdo), fecha de la cirugía, tipo de lente intraocular implantada, agudeza visual prequirúrgica, agudeza visual postquirúrgica, graduación ocular prequirúrgica, graduación ocular postquirúrgica, equivalente esférico prequirúrgico y equivalente esférico postquirúrgico.

Para determinar la eficacia de la cirugía, se catalogó como fracaso quirúrgico secundario a error refractivo a aquellos pacientes que presentaran un equivalente esférico postquirúrgico mayor o igual a +0.75.

Resultados: El 47% de los pacientes eran varones y el 53% mujeres. La edad media muestral es de 68.05 años con una desviación estándar de 9.47.

Los datos preoperatorios fueron: Porcentaje de miopes 25%. Porcentaje de hipermétropes: 75% Equivalente esférico medio: 0.13. Agudeza visual media: 0.65 dioptrías. Los datos postoperatorios fueron: Porcentaje de miopes: 37.5%. Porcentaje de hipermétropes 62.5%. Equivalente esférico medio: -0.3. Agudeza visual media: 0.82 dioptrías.

Asimismo, 28 pacientes fueron descartados del estudio debido a errores en la medición de la refracción ocular durante su paso por consulta. El porcentaje de error refractivo fue de un 8.3%.

Discusión: Es necesario disponer de la historia clínica completa del paciente para conocer las patologías sistémicas y oculares que pueda presentar antes de la cirugía de facoemulsificación, además de su medicación, dado que todo ello puede condicionar la correcta realización de la cirugía y los resultados postoperatorios de la misma. Por otro parte los errores en la medición de la biometría, la técnica por parte del cirujano o factores asociados a la lente intraocular también son una causa muy frecuente de errores refractivos.

Conclusiones: En nuestro estudio, el porcentaje de fracaso quirúrgico ha sido de un 8.3%, por lo que nuestros datos se encuentran dentro de la normalidad según lo publicado en la literatura científica. No obstante, sería conveniente realizar un mayor número de estudios con un mayor tamaño muestral para disminuir el margen de error de los resultados obtenidos.

Bibliografía:

1. Knorz MC, Rincón JL, Suárez C. Subjective outcomes after bilateral implantation of an apodized diffractive 3.0 D multifocal toric IOL in a prospective clinical study. *J Refract Surg.* 2013 Nov; 29(11):762-7
2. Damien F, Goldberg MD. Evaluación preoperatoria de pacientes a ser sometidos a cirugía de cataratas y refractiva. *International Ophthalmology Clinics.* Volume 51, Number 2, 97-107.
3. Keay L, Palagyi A, McCluskey P. Falls in older people with cataract, a longitudinal evaluation of impact and risk: the FOCUS studio protocol. *Inj Prev.* 2014 Jan 15. doi: 10.1136/injuryprev-2013-041124
4. Fernández-Buenaga R, Alió JL. Resolving refractive error after cataract surgery: IOL exchange, piggyback lens, or LASIK. *J Refract Surg.* 2013 Nov; 29(11):796.
5. Alió JL, Montalbán R. Visual outcomes of a trifocal aspheric diffractive intraocular lens with microincision cataract surgery. *J Refract Surg.* 2013 Nov; 29(11):756-61.

SINDROME DE GORHAM-STOUT. REPORTE DE UN CASO CLÍNICO.

Rodrigo del Pozo Martín^a, Rafael González Díaz^b

^a Estudiante de 6º de Medicina de la URJC.

^b Hospital Universitario Fundación Alcorcón.

ABSTRACT

Palabras clave: Síndrome de Gorham-Stout, Osteólisis esencial, Enfermedad de Pérdida de Hueso.

Motivo de consulta: Dorsalgia.

Anamnesis: Varón de 16 años, que es remitido a consulta de Traumatología por presentar dorsalgia tras traumatismo en los meses previos. Antecedentes Personales y familiares: No refiere antecedentes de interés.

Exploración física: No presenta dolor a la palpación en apófisis espinosas. Se evidencia leve giba izquierda y un hemitórax izquierdo asimétrico. Sin clínica neurológica asociada.

Pruebas Complementarias:

- **Tele-Rx:** Escoliosis de convexidad izquierda, con ápex en D6 y cifosis dorsal asociada. Que progresó en el primer año de seguimiento, y subsiguientes; a pesar de visualizarse un estadio Risser 5 en ambas crestas iliacas. Ante dicha progresión, se realizan otros estudios de imagen.
- **TC:** Osteólisis costal y de margen posterolateral izquierdo que afectaba a las vértebras D6-D8 sin tumoración en partes blandas, ante la inespecificidad de estos datos, se realiza biopsia.
- **Biopsia:** proliferación vascular y tejido fibroso que sustituye el hueso y que se extiende a medula ósea, no se identifica proliferación osteoclástica ni presencia de osteoblastos. Marcador CD 34 positivo. Sin infiltrados inflamatorios asociados.

Diagnóstico: Cifoescoliosis secundaria a osteólisis masiva, en probable relación con el síndrome de Gorham-Stout.

Tratamiento: Se procede a exéresis parcial de la lesión, y se trata de corregir la cifoescoliosis mediante una artrodesis entre D1-L2 utilizando tornillos pediculares y sistema de fijación de barras de cromo-cobalto, asociando aloinjerto óseo.

Evolución: En el postoperatorio, el paciente desarrolla derrame pleural izquierdo, evacuado mediante toracocentesis; con la que se aprecia exudado hemático, de tipo no complicado; que se resuelve favorablemente. Durante el seguimiento radiológico, se evidencia progresión de la enfermedad. Dos años después, se produce la rotura del sistema de fijación, por lo que se le reinterviene para sustituir la barra rota y colocar de nuevo aloinjerto. Apareciendo nuevo derrame en el postoperatorio. En 2013, se produce nuevo fracaso del material de osteosíntesis, se vuelve a sustituir el sistema de fijación, colocando, 4 nuevas barras mediante abordaje posterior y se realiza reconstrucción de la columna anterior con injerto estructural, malla de titanio y placa anterior, pensando en la posible progresión futura de la enfermedad.

Discusión: El Síndrome de Gorham-Stout, también conocida como “enfermedad del hueso evanescente”, es una entidad rara y muy poco conocida, descrita por primera vez en 1955^{1,2,3,4}. Se desconoce

su incidencia o prevalencia y apenas se han descrito 200 casos en la literatura médica^{1,2,3}. No hay diferencias entre sexos o razas en su presentación^{2,5} aunque es más frecuente en personas jóvenes sin antecedentes familiares¹. El síndrome se caracteriza por la “desaparición” del tejido óseo afectado, que es sustituido por una proliferación de tejido vascular predominantemente linfático que invade el hueso y los tejidos circundantes^{1,2}. Su clínica se caracteriza por dolor e inflamación junto a deformidad progresiva en el área afectada^{1,2}, fracturas sobre el hueso patológico, contracturas y atrofia de la musculatura próxima a las zonas lesionadas. Pudiendo ser monostótica o poliostótica, según el caso².

Su etiología es desconocida, aunque existen diferentes hipótesis relacionadas con el factor de crecimiento derivado de plaquetas y sus receptores en la creación de tejido linfático². Traumatismos previos e hipoxia local del hueso afectado, aumento de osteoclastos, por acción de la IL-1, IL-6 y FNT^{2,7}. El diagnóstico, es un diagnóstico de exclusión^{2,7}. La radiografía, TAC, o RMN,^{2,7}. Pero el diagnóstico definitivo, se realiza mediante biopsia⁷. El tratamiento de la enfermedad puede centrarse en varios ejes: Cirugía, radioterapia, bifosfonatos y a2b-interferón². El pronóstico es incierto, Algunos casos tienen un curso autolimitado, y otros progresivo. Algunos pacientes mueren, fundamentalmente aquellos con compromiso de la médula espinal en región cervical, o en casos de quilotórax^{2,6}.

Bibliografía:

1. A. Moreno-Regidor, D. Borrego-Ratero, A. de Cabo-Rodríguez. Síndrome de Gorham-Stout. Rev OrtopTraumatol. 2004; 48: 295-7.
2. F. Barrera, J. Riquelme, A. Espinoza, S. Bareño. Caso clínico radiológico. Rev Chil Pediatr 2011; 82(5): 439-446.
3. LM. Malpica, LG. Fernández de Lara, LAS. Cuautli, Y. Cuéllar, D. Solís, JJ. Malpica. Enfermedad de Gorham en la columna lumbar. Rev Esp Méd Quir 2012; 17(4): 330-333.
4. P. Cristobal Miguel. Crecimiento, sobrecrecimiento, crecimiento asimétrico y síndromes vinculados con anomalías vasculares. Flebología y linfología- Lecturas vasculares. 2013; (19): 1173- 1183.
5. A.M. Romero, A. Echebarría, L. Sierrasesúmaga. Vascular malformations as syndromic markers. An. Sist. Sanit. Navar. 2004; 27 (Supl. 1): 45-56.
6. V. Rondón García, A. Tamayo Figueroa, A. López Álvarez, E. Sánchez Noda. Osteolisis masiva (Enfermedad ósea evanescente de Gorham y de desaparición ósea). A propósito de un caso. Rev Cubana Oncol 1999; 15(1): 13-8.
7. I. Somoza Argibay, M. Díaz González, L. Martínez Martínez, Z. Ros Mar y J.C. López-Gutiérrez. Heterogenicidad del síndrome de Gorham-Stout: asociación a malformaciones linfáticas y venosas. An Pediatr 2003; 58(6): 599-603.

V. BLOQUE DE PATOLOGÍA ONCOLÓGICA

FACTORES PRONÓSTICOS EN CÁNCER DE PÁNCREAS

A. Chacón Pascual^a, MV. De Torres Olombrada^b, D. Gutiérrez Abad^c, B. Antón Pascual^a, JA. Guerra Martínez^d

^a Estudiante de 6º curso de Medicina, Universidad Rey Juan Carlos. Hospital Universitario de Fuenlabrada, Madrid, España.

^b Servicio de Oncología Radioterápica, Hospital Universitario de Fuenlabrada, Madrid, España.

^c Servicio de Oncología, Hospital Universitario de Fuenlabrada, Madrid, España.

^d Jefe de Servicio de Oncología, Hospital Universitario de Fuenlabrada, Madrid, España.

ABSTRACT

Palabras clave: Cáncer de páncreas, pronóstico, supervivencia.

Objetivo: Analizar posibles factores pronósticos que impacten en supervivencia global en cáncer de páncreas localmente avanzado no metastásico en nuestra población estudio.

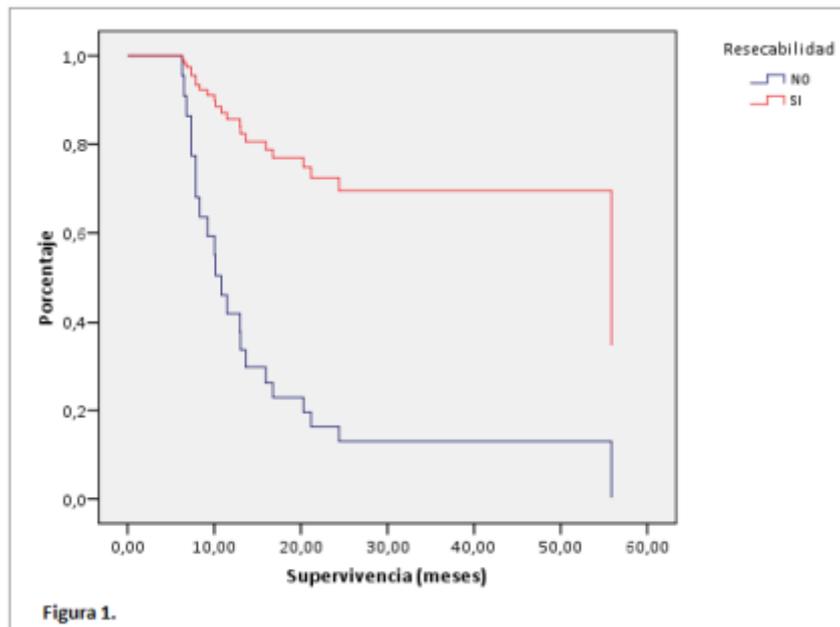
Pacientes y métodos: Estudio descriptivo, longitudinal y retrospectivo de las variables relacionadas con las características de presentación de la enfermedad en 41 pacientes diagnosticados de cáncer de páncreas localmente avanzado no metastásico desde Enero de 2008 hasta Julio de 2013 en el Hospital Universitario de Fuenlabrada. Los factores analizados fueron sexo, obstrucción de vía biliar, debut con dolor abdominal, pérdida de peso, resecabilidad, localización del tumor, tamaño tumoral, y nivel de Ca 19.9. De los 41 pacientes analizados el 53.7% fueron mujeres. La mediana de edad de nuestra serie fue de 66 años con un rango entre 41 y 83 años. En cuanto a la presentación clínica, el 48,8 % de los pacientes presentaron obstrucción de la vía biliar al diagnóstico, un 70,7% dolor abdominal, y un 48,8% pérdida de peso. De los casos analizados, el 43,9 % de los tumores no eran resecables de entrada. En cuanto a la localización, el 70,7% de los casos presentaban tumor en cabeza pancreática, mientras que el 29.3% restante presentaba afectación de cuerpo-cola. El tamaño tumoral fue < a 2 cm en un 21,1% de los casos mientras que en un 73,2 % fue superior a 2 cm. Los niveles de Ca 19.9 al diagnóstico fueron normales (< 37 U/ml) en un 22% de los casos y elevados (> 100 U/ml) en un 65.9%, presentando valores medios (37 – 100 U/ml) en el 12.2% restante.

Resultados: La existencia de tumor no resecable al diagnóstico se asoció con peor pronóstico ($p < 0,001$) respecto a los pacientes que presentaban tumores resecables de entrada (Figura 1), con una supervivencia media de 14 meses en pacientes con tumores no resecables frente a 44 meses en tumores resecables. En nuestra serie se observó una tendencia hacia una mayor supervivencia en hombres respecto a mujeres ($p = 0,424$). En cuanto al debut clínico, la existencia de obstrucción de la vía biliar se asoció con mejor pronóstico ($p = 0,464$), mientras que la presencia de dolor abdominal ($p = 0,647$) o pérdida de peso ($p = 0,697$) al momento del diagnóstico se relacionó con menor supervivencia. Respecto a la localización tumoral, los localizados en cabeza pancreática se asociaron a peor pronóstico con respecto a los localizados en cuerpo-cola ($p = 0,403$). El tamaño tumoral superior a 2 cm de diámetro mayor influyó en la supervivencia de forma negativa, en contraposición a tumores < 2 cm ($p = 0,055$). Los niveles de Ca 19.9 elevados se relacionaron con peor pronóstico con respecto a aquellos pacientes que presentaron valores medios o normales ($p = 0,568$).

Conclusión: Se identificó la presencia de tumor no resecable en el momento del diagnóstico como factor de mal pronóstico. En cuanto al resto de variables analizadas no se encontraron diferencias estadísticamente significativas respecto a su influencia sobre el pronóstico de la enfermedad debido al tamaño reducido de la muestra analizada. Estudios con un mayor número de pacientes serían necesarios para confirmar la existencia de diferencias significativas.

Bibliografía:

1. Ruiz J, Martín E, Fernández ME, Reguero ME, Gamallo C. Identificación de factores pronóstico en el cáncer de páncreas. Cir Cir 2011; 79:338-348.
2. Neuzillet C, Sauvanet A, Hammel P. Prognostic factors for resectable pancreatic adenocarcinoma. J Visc Surg 2011; 148:e232-e243.
3. Lim JE, Chien MW, Earle CC. Prognostic factors following curative resection for pancreatic adenocarcinoma: a population – based, linked database analysis of 396 patients. Ann Surg 2003; 237(1):74-85.
4. Siddiqui A, Heinzerling J, Livingston EH, Huerta S. Predictors of early mortality in veteran patients with pancreatic cancer. Am J Surg 2007; 194:362-366.
5. Ballehaninna UK, Chamberlain RS. The clinical utility of serum CA 19.9 in the diagnosis, prognosis and management of pancreatic adenocarcinoma: An evidence based appraisal. J Gastrointest Oncol. 2012; 3(2):105-119.



FACTORES DE RIESGO DE RECIDIVA EN EL TUMOR VESICAL NO MUSCULO INVASIVO

Rubio Sánchez B^a, Páez Borda A^b

^a Estudiante de 6º Grado en Medicina. Hospital Universitario de Fuenlabrada. Universidad Rey Juan Carlos.

^b Servicio de Urología. Hospital Universitario de Fuenlabrada. Universidad Rey Juan Carlos.

ABSTRACT

Introducción: El carcinoma urotelial de la vejiga ocupa el noveno puesto en la incidencia mundial de cáncer. Es la neoplasia maligna más frecuente del tracto urinario y uno de los cánceres más comunes en hombres (séptima causa de muerte por cáncer entre hombres y decimoséptima entre mujeres). Puede presentarse como lesión músculo invasiva (TVMI) o no músculo invasiva (TVNMI). El TVNMI presenta una alta prevalencia debido a las bajas tasas de progresión (7-40% a 5 los años) y a la elevada supervivencia a largo plazo. La probabilidad de recidiva al año de la resección transuretral de vejiga (RTUV) es del 15-70%. Los factores pronósticos del tumor vesical superficial han sido ampliamente estudiados. La Organización Europea para la Investigación y el Tratamiento del Cáncer (European Organization for Research and Treatment of Cancer, EORTC) elaboró un sistema de puntuación basado en los seis factores clínicos y anatomopatológicos más importantes con el fin de predecir por separado los riesgos a corto y largo plazo de recidiva y progresión en pacientes concretos.

Objetivos: Describir los principales factores demográficos y tumorales de los pacientes diagnosticados de TVNMI en el Hospital de Fuenlabrada.

Determinar mediante un estudio de cohortes retrospectivo la relación entre los factores pronósticos clásicos (estadio, grado, tamaño del tumor, localización y presencia de CIS asociado) con la recidiva del TVNMI. Valorar el efecto de la administración intraoperatoria y postoperatoria de MMC sobre la recidiva.

Material y métodos: Estudio de cohortes retrospectivo con 352 pacientes en el periodo comprendido entre 2004 y 2013 en la que se evalúa la presencia o ausencia de recidiva tumoral. En función de los hallazgos patológicos obtenidos tras la RTUV, los enfermos se clasificaron en 3 grupos de riesgo (bajo, intermedio y alto) con diferentes esquemas de seguimiento y tratamiento.

Resultados: Se incluyó un total de 352 pacientes con una media de edad de 62,90 años y una mediana de seguimiento de 2,5 años. Todos los pacientes fueron sometidos a RTUV. El 43,9% recibió quimioterapia endovesical con mitomicina C (MMC) intraoperatoria. El 41,6% de los pacientes presentaron recidiva. En el análisis univariado, el número de tumores, la ausencia de instilación postoperatoria de Mitomicina C y el tratamiento definitivo se asociaron de forma estadísticamente significativa con la recidiva ($p < 0,0001$). En el análisis multiavariante con regresión logística la instilación intraoperatoria de MMC se mostró como un factor protector frente a la recidiva (HR 0,28, IC 95% 0,1 – 0,5) y el número de tumores como factor de riesgo para la misma (HR 1,4, IC 1,1-1,8).

Discusión: El concepto de la vigilancia adaptada al riesgo del TVNMI ha ganado interés en los últimos años gracias a las tablas de riesgo elaboradas por la EORTC. Los factores clásicos asociados a la recidiva tumoral son el número, el tamaño, el grado y el estadio tumoral. Con respecto a la instilación postoperatoria de MMC, Sylvester et al recogen los resultados de siete ensayos clínicos que comparan la realización exclusiva de RTUV con la realización de RTUV con instilación posterior

de MMC, demostrando una reducción del riesgo de recidiva tumoral estadísticamente significativa ($p < 0.0001$) en el grupo de pacientes en los que se empleó quimioterapia postoperatoria.

Conclusiones: El perfil demográfico del paciente con TVNMI en nuestra área de trabajo es el de un varón fumador en la séptima década de la vida. A excepción del número de tumores, la consideración de las variables demográficas y tumorales clásicas no parece tener efecto pronóstico. La MMC intraoperatoria protege frente a la recidiva de los TVNMI.

Bibliografía:

1. Babjuk M (chair), Burger M, Zigeuner R, Shariat S, Van Rhijn B, Compérat E, Sylvester R, Kaasinen E, Böhle A, Palou J, Rouprêt M. Guidelines on Non-muscle-invasive Bladder Cancer (TaT1 and CIS). European Association of Urology 2013.
2. Su Cho K, Kyung Seo H, Young Joung J, Seo Park W, Y. Ro J, Chung J, Hyun Lee K. Lymphovascular invasion in transurethral resection specimens as predictor of progression and metastasis in patients with newly diagnosed T1 bladder urothelial cancer. *J Urol*. 2009 Dec; 182(6):2625-30.
3. Colombel M, Soloway M, Akaza H, Bohle A, Palou J, Buckley R et al. Epidemiology, staging, grading and risk stratification of bladder cancer. *Eur. Urol suppl* 2008; 7: 618-626.
4. Sylvester RJ, van der Meijden AP, Oosterlinck W, Witjes JA, Bouffieux C, Denis L, Newling DW, Kurth K. Predicting recurrence and progression in individual patients with stage TaT1 bladder cancer using EORTC risk tables: a combined analysis of 2596 patients from seven EORTC trials. *Eur Urol* 2006 Mar; 49(3):466-75; discussion 475-7.
5. Millán-Rodríguez F1, Chéchile-Toniolo G, Salvador-Bayarri J, Palou J, Algaba F, Vicente-Rodríguez J. Primary superficial bladder cancer risk groups according to progression, mortality and recurrence. *J Urol*. 2000 Sep; 164(3 Pt 1):680-4.
6. Burger M, Catto J.W.F, Dalbagni G, Grossman H.B, Herr H, Karakiewicz P et al. Epidemiology and Risk Factors of Urothelial Bladder Cancer. *Eur Urol* 63 (2013): 234-241.
7. Schmitz-Dräger B.J. Identifying Risk Factors in Patients With Non-Muscle-Invasive Bladder Cancer: Clinical Implications. *Eur Urol* 60 (2011): 721-723.
8. Busto catañón L, Sánchez Merino J.M, Picallo Sánchez J.A, Gelabert Mas A. Estudio de factores pronósticos clínicos en el cáncer superficial de vejiga urinaria. *Arch. Esp. de Urol.*, 54, 2 (131-138), 2001.
9. Sylvester RJ, Oosterlinck W, van der Meijden AP. A single immediate postoperative instillation of chemotherapy decreases the risk of recurrence in patients with stage Ta T1 bladder cancer: a meta-analysis of published results of randomized clinical trials. *J Urol* 2004 Jun; 171(6 Pt 1):2186-90.

RENDIMIENTO Y MORBIMORTALIDAD DE LA LINFADENECTOMÍA ESTÁNDAR VERSUS LA LINFADENECTOMÍA AMPLIADA EN PACIENTES CON CÁNCER DE VEJIGA MÚSCULOINFILTRANTE SOMETIDOS A CISTECTOMÍA

Parrilla Lobo, Carmen^a, Llorente Abarca, Carlos^b, Hernández Cañas, Virginia^c, Fernández Maza, Beatriz^a

^a *Estudiante 6º curso. Grado en Medicina. Universidad Rey Juan Carlos.*

^b *Jefe de Servicio. Servicio de Urología. Hospital Universitario Fundación Alcorcón.*

^c *Médico Adjunto. Servicio de Urología. Hospital Universitario Fundación Alcorcón.*

ABSTRACT

Introducción: La cistectomía radical con linfadenectomía (LFDN) es el tratamiento de elección en pacientes con cáncer de vejiga músculo-infiltrante.

La LFDN es la técnica de elección para la detección de metástasis ganglionares pélvicas, aunque no existe consenso sobre su extensión óptima y beneficio en supervivencia cáncer-específica.

Objetivo: Determinar si existen diferencias en el rendimiento y morbimortalidad de la LFDN estándar y ampliada en pacientes sometidos a cistectomía radical.

Material y métodos: Estudio observacional analítico retrospectivo, en pacientes cistectomizados sometidos a LFDN estándar o ampliada (Junio 1998-Febrero 2014) en el Servicio de Urología del Hospital Universitario Fundación Alcorcón.

La LFDN estándar incluyó los ganglios de la fosa iliobuturatriz e ilíacos externos. En la ampliada, se incluyeron además los hipogástricos y el límite proximal fue la ilíaca común.

Las variables analizadas fueron: edad, sexo, características tumorales al diagnóstico, características anatomopatológicas de la pieza, número de ganglios y ganglios positivos, así como variables relacionadas con la estancia y morbimortalidad. Las complicaciones postoperatorias se clasificaron según la escala Clavien.

La descripción de los datos se presenta como frecuencias absolutas y relativas para variables cualitativas y, como media y desviación o mediana y rango intercuartílico en las cuantitativas. Los grupos se compararon mediante test chi-cuadrado, test exacto de Fisher y test U de Mann Whitney. Se consideró estadísticamente significativo p-valor menor de 0.05.

Resultados: De una serie total de 180 cistectomías, seleccionamos 172 en las que realizó LFDN. La edad media fue de 68,7 años [DE 9,18]. El 86,7 % de los pacientes fueron hombres.

El estadio patológico de las piezas de cistectomía fue: pT0 5,5%, pTa 1,8%, pT1 9,1%, pT2 23%, pT3 35,2% y pT4 21,2%. La mediana (rango intercuartílico) de ganglios extraídos fue 11(7-16). El 30,2% de los pacientes presentaron ganglios positivos.

La media de estancia hospitalaria fue de 18,12 días [DE 14,20]. La incidencia de complicaciones de la serie fue del 57,6%, siendo un 7,6% complicaciones graves (Clavien IV-V). Un 5,2% fallecieron en los 90 días posteriores a la intervención (Clavien V).

Se dividió la muestra en 2 grupos, según el tipo de LFDN: estándar (125 pacientes) y ampliada (47 pacientes). Los dos grupos fueron comparables en cuanto a: edad ($p=0,871$), sexo ($p=0,621$), estadio patológico ($p=0,490$) y tipo de derivación urinaria ($p=0,528$).

La mediana (rango intercuartílico) de ganglios extraídos en LFDN estándar fue de 11 [7,25-15] y en ampliada de 12 [6,50-16,5] ($p=0,559$). El 28,2% de los pacientes presentaron ganglios positivos en estándar y el 35,6% en ampliada ($p=0,445$).

No hubo diferencias por grupos en el tiempo de estancia hospitalaria ($p=0,459$).

En el grupo de LFDN estándar, el 55,2% sufrieron algún tipo de complicación y en ampliada un 63,8% ($p=0,385$), siendo complicaciones graves un 8% y 6,4% respectivamente ($p=1,00$). Un 10,1% de los casos presentaron Clavien V en LFDN estándar y un 6,7% en ampliada ($p=0,387$).

Discusión: La extensión de la LFDN, se ha relacionado con una mejoría de la supervivencia libre de enfermedad y el número de ganglios positivos con una mayor mortalidad cáncer específica^{1,2,3}. Sin embargo, algunos de los estudios presentan limitaciones por la variedad de definiciones de los tipos de LFDN y la coexistencia de variables que influyen en el pronóstico^{2,3}. Por ello, son necesarios más estudios para confirmar la superioridad de la LFDN extendida y definir en qué pacientes podría resultar más beneficiosa⁴.

Conclusiones: En esta serie no se encontraron diferencias significativas entre grupos en cuanto al número de ganglios extraídos y ganglios positivos, ni en relación a la estancia hospitalaria, incidencia y gravedad de las complicaciones. Por tanto, podemos concluir que el rendimiento y la morbimortalidad fueron similares en ambos grupos de LFDN

Bibliografía:

1. Lymph Node-Positive Bladder Cancer Treated With Radical Cystectomy and Lymphadenectomy: Effect of the Level of Node Positivity.
2. Lymph Node Density affects Cancer-Specific Survival in Patients with Lymph Node-Positive Urothelial Bladder Cancer Following Radical Cystectomy.
3. Lymph Node Yield at Radical Cystectomy Predicts Mortality in Node-negative and not Node-Positive Patients.
4. Extended lymphadenectomy in bladder cancer.
5. Role of lymph node dissection in management of bladder cancer.
6. Current status of establishing standards for lymphadenectomy in the treatment of bladder cancer.
7. Indications, Extent and Benefits of Pelvic Lymph Node Dissection for Patients with Bladder and Prostate Cancer.
8. Importance of the Number of Retrieved Lymph Nodes during Cystectomy.
9. Guidelines on Muscle-invasive and Metastatic Bladder Cancer. J.A. Witjes (chair), E. Compérat, N.C. Cowan, M. De Santis, G. Gakis, T. Lebreton, et al. European Association of Urology 2013. Disponible en [http://www.uroweb.org/gls/pdf/07_Bladder%20Cancer_LRV2.pdf]
10. Identifying additional lymph nodes in radical cystectomy lymphadenectomy specimens.

RENDIMIENTO Y MORBIMORTALIDAD DE LA LINFADENECTOMÍA ESTÁNDAR VERSUS LA LINFADENECTOMÍA AMPLIADA EN PACIENTES CON CÁNCER DE VEJIGA MÚSCULOINFILTRANTE SOMETIDOS A CISTECTOMÍA

Fernández Maza, Beatriz^a, Llorente Abarca, Carlos^b, Hernández Cañas, Virginia^c, Parrilla Lobo, Carmen^a

^a *Estudiante 6º curso. Grado en Medicina. Universidad Rey Juan Carlos.*

^b *Jefe de Servicio. Servicio de Urología. Hospital Universitario Fundación Alcorcón,*

^c *Médico Adjunto. Servicio de Urología. Hospital Universitario Fundación Alcorcón.*

ABSTRACT

Introducción: La cistectomía radical con linfadenectomía (LFDN) es el tratamiento de elección en pacientes con cáncer de vejiga músculo-infiltrante.

La LFDN es la técnica de elección para la detección de metástasis ganglionares pélvicas, aunque no existe consenso sobre su extensión óptima y beneficio en supervivencia cáncer-específica.

Objetivo: Determinar si existen diferencias en el rendimiento y morbilidad de la LFDN estándar y ampliada en pacientes sometidos a cistectomía radical.

Material y métodos: Estudio observacional analítico retrospectivo, en pacientes cistectomizados sometidos a LFDN estándar o ampliada (Junio 1998-Febrero 2014) en el Servicio de Urología del Hospital Universitario Fundación Alcorcón.

La LFDN estándar incluyó los ganglios de la fosa iliobulbar e ilíacos externos. En la ampliada, se incluyeron además los hipogástricos y el límite proximal fue la ilíaca común.

Las variables analizadas fueron: edad, sexo, características tumorales al diagnóstico, características anatomopatológicas de la pieza, número de ganglios y ganglios positivos, así como variables relacionadas con la estancia y morbilidad. Las complicaciones postoperatorias se clasificaron según la escala Clavien.

La descripción de los datos se presenta como frecuencias absolutas y relativas para variables cualitativas y, como media y desviación o mediana y rango intercuartílico en las cuantitativas. Los grupos se compararon mediante test chi-cuadrado, test exacto de Fisher y test U de Mann Whitney. Se consideró estadísticamente significativo p-valor menor de 0.05.

Resultados: De una serie total de 180 cistectomías, seleccionamos 172 en las que realizó LFDN. La edad media fue de 68,7 años [DE 9,18]. El 86,7 % de los pacientes fueron hombres.

El estadio patológico de las piezas de cistectomía fue: pT0 5,5%, pTa 1,8%, pT1 9,1%, pT2 23%, pT3 35,2% y pT4 21,2%. La mediana (rango intercuartílico) de ganglios extraídos fue 11(7-16). El 30,2% de los pacientes presentaron ganglios positivos.

La media de estancia hospitalaria fue de 18,12 días [DE 14,20]. La incidencia de complicaciones de la serie fue del 57,6%, siendo un 7,6% complicaciones graves (Clavien IV-V). Un 5,2% fallecieron en los 90 días posteriores a la intervención (Clavien V).

Se dividió la muestra en 2 grupos, según el tipo de LFDN: estándar (125 pacientes) y ampliada (47 pacientes). Los dos grupos fueron comparables en cuanto a: edad ($p=0,871$), sexo ($p=0,621$), estadio patológico ($p=0,490$) y tipo de derivación urinaria ($p=0,528$).

La mediana (rango intercuartílico) de ganglios extraídos en LFDN estándar fue de 11 [7,25-15] y en ampliada de 12 [6,50-16,5] ($p=0,559$). El 28,2% de los pacientes presentaron ganglios positivos en estándar y el 35,6% en ampliada ($p=0,445$).

No hubo diferencias por grupos en el tiempo de estancia hospitalaria ($p=0,459$).

En el grupo de LFDN estándar, el 55,2% sufrieron algún tipo de complicación y en ampliada un 63,8% ($p=0,385$), siendo complicaciones graves un 8% y 6,4% respectivamente ($p=1,00$). Un 10,1% de los casos presentaron Clavien V en LFDN estándar y un 6,7% en ampliada ($p=0,387$).

Discusión: La extensión de la LFDN, se ha relacionado con una mejoría de la supervivencia libre de enfermedad y el número de ganglios positivos con una mayor mortalidad cáncer específica^{1,2,3}. Sin embargo, algunos de los estudios presentan limitaciones por la variedad de definiciones de los tipos de LFDN y la coexistencia de variables que influyen en el pronóstico^{2,3}. Por ello, son necesarios más estudios para confirmar la superioridad de la LFDN extendida y definir en qué pacientes podría resultar más beneficiosa⁴.

Conclusiones: En esta serie no se encontraron diferencias significativas entre grupos en cuanto al número de ganglios extraídos y ganglios positivos, ni en relación a la estancia hospitalaria, incidencia y gravedad de las complicaciones. Por tanto, podemos concluir que el rendimiento y la morbimortalidad fueron similares en ambos grupos de LFDN.

Bibliografía:

1. Lymph Node-Positive Bladder Cancer Treated With Radical Cystectomy and Lymphadenectomy: Effect of the Level of Node Positivity.
2. Lymph Node Density affects Cancer-Specific Survival in Patients with Lymph Node-Positive Urothelial Bladder Cancer Following Radical Cystectomy.
3. Lymph Node Yield at Radical Cystectomy Predicts Mortality in Node-negative and not Node-Positive Patients.
4. Extended lymphadenectomy in bladder cancer.
5. Role of lymph node dissection in management of bladder cancer.
6. Current status of establishing standards for lymphadenectomy in the treatment of bladder cancer.
7. Indications, Extent and Benefits of Pelvic Lymph Node Dissection for Patients with Bladder and Prostate Cancer.
8. Importance of the Number of Retrieved Lymph Nodes during Cystectomy.
9. Guidelines on Muscle-invasive and Metastatic Bladder Cancer. J.A. Witjes (chair), E. Compérat, N.C. Cowan, M. De Santis, G. Gakis, T. Lebreton, et al. European Association of Urology 2013. Disponible en [http://www.uroweb.org/gls/pdf/07_Bladder%20Cancer_LRV2.pdf]
10. Identifying additional lymph nodes in radical cystectomy lymphadenectomy specimens.

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE LA POBLACIÓN AFECTA DE MELANOMA CUTÁNEO EN EL HOSPITAL DE FUENLABRADA

Laura Navas Martín^a, Begoña Echeverría García^b, Juan Carlos Tardío Dovao^c,
Jesús Manuel Borbujo Martínez^d

^a Estudiante de sexto curso de Grado en Medicina de la Universidad Rey Juan Carlos.

^b Tutor del trabajo. Adjunto. Servicio Dermatología del Hospital Universitario de Fuenlabrada.

^c Jefe de Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Universitario de Fuenlabrada.

^d Jefe de Servicio de Dermatología del Hospital Universitario de Fuenlabrada.

ABSTRACT

Palabras clave: melanoma, epidemiología, rayos uva, jóvenes.

Introducción: El melanoma es el cáncer cutáneo con mayor mortalidad. Es el 8º tumor más frecuente en mujeres y el 17º en varones¹. Su incidencia ha aumentado en las últimas décadas, aunque su edad media de presentación se mantiene estable en la 5ª década de la vida. En la actualidad, el único tratamiento eficaz es la cirugía, la cual es curativa en estadios precoces. El Servicio de Dermatología del Hospital Universitario de Fuenlabrada asiste a 221.986 personas, repartidas en las localidades de Fuenlabrada (198.132 habitantes), Humanes de Madrid (18.870) y Moraleja de Enmedio (4.984). Las tres se caracterizan por tener una población joven² (el 41,1% de la población de Humanes de Madrid, el 39,2% de la población de Moraleja de Enmedio y el 38,3% de la población de Fuenlabrada tienen menos de 30 años).

Objetivo principal: Determinar las características clínicas, anatomopatológicas y epidemiológicas de la población en seguimiento por diagnóstico de melanoma cutáneo en el Hospital Universitario de Fuenlabrada.

Objetivo secundario: Conocer las diferencias existentes entre los rangos de edad en los que dividimos la población: menores de 29 años, entre 30 y 49 años, mayores de 50 años, prestando especial atención al grupo de menor edad.

Material y métodos: Diseño: Estudio descriptivo retrospectivo a partir de datos obtenidos por revisión de historia clínica informatizada (Selene) y encuesta telefónica. **Ámbito:** Hospital Universitario de Fuenlabrada desde diciembre de 2002 hasta noviembre de 2013. **Población de estudio:** De una muestra inicial de 307 pacientes se incluyeron 278 pacientes en seguimiento por diagnóstico de melanoma cutáneo. 29 se descartaron por presentar melanomas de tipo mucoso, coroideos o tumor primario desconocido. **Variables:** Se recogieron 48 variables clínicas, anatomopatológicas y epidemiológicas: 41 mediante revisión de historia clínica y 7 por encuesta telefónica. Las relevantes para nuestro estudio fueron: edad, sexo, vacaciones en los primeros 20 años de vida, antecedente de quemaduras solares intensas, uso de fotoprotector, fototipo, nivel de estudios, exposición a rayos UVA artificiales, exposición solar laboral, localización del tumor, ulceración histológica, tipo histológico, nivel de Clark y Breslow. La selección de estas variables se realizó atendiendo a estudios epidemiológicos y meta-análisis previos sobre factores de riesgo asociados a melanoma cutáneo³⁻⁵. **Análisis estadístico:** Se estudiaron las frecuencias de cada variable en el conjunto de la población y atendiendo a tres grupos de edad: Menores o iguales a 29 años, entre 30 y 49 años y mayores o iguales a 50 años, siguiendo la división en tercios de la pirámide poblacional de las tres localidades. Para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS versión 20.

Resultados: De los 278 pacientes, 263 presentaron un solo melanoma y 4 presentaron dos melanomas (1 del grupo de 30 a 49 años y 3 del grupo de mayores de 50 años). 46 pacientes no respondieron a la encuesta telefónica. Los datos del conjunto de la población arrojaron los siguientes resultados: La edad media del diagnóstico de melanoma fue de 51 años y la mediana de 50 años. El sexo femenino fue más frecuente que el masculino (F/M: 55%/45%). El 89,6% de los pacientes no presentaron exposición a rayos UVA artificiales. El 89,8% no presentó exposición solar laboral crónica, frente a un 10,2 % que sí lo hizo. Predominó el uso ocasional de fotoprotector (60,5%) frente a siempre (29,6%) y nunca (9,9%). Hasta el 70,1% referían antecedente de quemaduras solares intensas. La exploración física reveló que solo el 4,3% presentaban antecedente de nevus congénito, el 16,5% más de 50 nevus y 9,5% al menos 1 nevus atípico. El fototipo predominante fue el II (54,3%) seguido del III (41,1%). Solo el 5,8% presentaron queratosis actínicas. La localización general más frecuente fue la espalda (32,7%), seguida de extremidades inferiores (23,4%) cabeza y cuello (17,3%), extremidades superiores (11,9%), tórax y abdomen (7,6%) y palmas y plantas (7,2%). El subtipo histológico más frecuente fue el de extensión superficial (63,3%) y el menos frecuente el lentiginoso acral (4,8%). Hasta un 63,5% presentaron un crecimiento vertical al momento del diagnóstico. La mediana del Índice de Breslow fue 0,83 mm y el nivel de Clark más frecuente fue el III (31,6% de los casos). Sólo hubo invasión vascular en el 2,1% de los casos e invasión perineural en el 3,3%. Hasta en el 48,9% de los casos se encontró una respuesta linfocitaria intratumoral. Con respecto al índice mitótico, lo más frecuente fue encontrar 1 o ninguna mitosis (18% y 43,2% respectivamente).

Los resultados de la *división por grupos de edad* se muestran en la tabla 1. Como datos más relevantes destacamos que tanto en la población por debajo de los 29 años como en la de 30 a 49 años se vio una mayor frecuencia en el sexo femenino, invertida por el contrario en el grupo de mayor edad. Los menores de 29 años fueron los que presentaron mayor exposición a rayos UVA artificiales y mayor frecuencia de playa como residencia vacacional. Con respecto al antecedente de quemaduras solares, el grupo con mayor frecuencia de presentación fueron los mayores de 50 años, seguido del grupo de 30 a 49 años. Con respecto a las características del melanoma, es destacable que la localización más frecuente en menores de 29 años fueron las extremidades inferiores mientras que en los otros grupos fue la espalda. Los menores de 29 años fueron el grupo de edad que presentó con mayor frecuencia un melanoma con Breslow inferior a 1 mm. En relación con el nivel de estudios, el nivel predominante fueron los estudios secundarios (EGB/ESO), en menores de 29 y en el grupo de 30 a 49 años. Mientras que en los mayores de 50 años predominaron los estudios primarios. Solo los menores de 30 años presentaron estudios universitarios (25%).

Discusión: La incidencia del melanoma cutáneo ha venido aumentando en las últimas décadas de forma llamativa y la razón de ello podría estar vinculada a los cambios en los patrones de exposición solar. En el presente estudio, se ha observado que en general se mantienen las características ya conocidas, como es la edad mediana de presentación en torno a los 50 años o el predominio general en el género femenino. Debe tenerse en cuenta que, por las características de la población estudiada, es despreciable el número de pacientes que hacen uso de asistencia privada, por lo que los datos utilizados se acercan a una representación de prácticamente el 100% de la población, si bien debe tenerse en cuenta el sesgo de hiperfrecuentación que existe en esta región.

El riesgo de desarrollar melanoma está relacionado con exposiciones solares intensas e intermitentes frente a exposiciones crónicas^{3,6}, exceptuando el lentigo maligno melanoma, que se relaciona con exposiciones crónicas. El antecedente de quemaduras solares intensas antes de los 20 años sigue siendo frecuente, aunque parece existir una tendencia a la baja en la población más joven. Por el contrario, como se observa en nuestro estudio, los menores de 29 años presentan una tendencia al alza con respecto a la exposición a rayos UVA artificiales aunque también podría considerarse un sesgo de edad. Las diferencias en los antecedentes a quemaduras solares por grupos de edad probablemente se deban a que debido a las campañas informativas la población joven haya percibido el riesgo que entrañan las quemaduras solares en la infancia y adolescencia. Sin embargo también hay que tener en cuenta el sesgo de memoria a la hora de recordar el número de quemaduras sola-

res o el uso de fotoprotector. Sobre el uso de cabinas de rayos UVA artificiales, probablemente éste no sea percibido como riesgo por la población, que considera que prepara la piel para la exposición solar y evita quemaduras, pese a ser un factor de riesgo probado de padecer melanoma en diferentes trabajos revisados ^{4,5}. En relación con la localización, nos parece destacable de nuestro estudio es que las extremidades inferiores sean la localización más frecuente de aparición en menores de 29 años, aunque considerando que el 63,3% de ellos son mujeres sería típica la presentación, dado que los miembros inferiores son la localización más frecuente en mujeres a nivel general. Acerca del nivel de estudios, en este trabajo se ha observado que la gran mayoría de los pacientes presentan estudios básicos (EGB/ESO) o primarios, frente a estudios avanzados (bachiller o universitarios). Al contrastarlo con la bibliografía actual, observamos que existen diferencias entre trabajos sobre la relación entre el nivel de estudios y el melanoma. En algunos se ha encontrado asociación significativa entre un nivel de estudios menor y la presencia de melanoma avanzado ^{7,9,10}, mientras que en otros no está clara esta asociación al depender de otros factores de forma indirecta ⁶ (la latitud del lugar de residencia, el nivel socioeconómico relacionado con las vacaciones en la playa, etc.). En futuros estudios sería interesante conocer la percepción que tiene la población joven de los rayos UVA y el posible efecto de estos en el desarrollo del melanoma a edades jóvenes.

Conclusión: Tras el estudio epidemiológico de la población afecta de melanoma cutáneo en el hospital de Fuenlabrada, se han confirmado los datos característicos que presentan estos pacientes y además se ha observado cierta frecuencia a la alza en gente joven de exposición a rayos UVA artificiales. Creemos que sería interesante analizar, en futuros estudios, la exposición a rayos UVA artificiales en población joven.

Bibliografía:

1. De Vries E, Coebergh J W. Cutaneous malignant melanoma in Europe. *Eur J Cancer* 2004; 40:2355 – 2366.
2. Foro-ciudad.com, Población Humanes de Madrid – 2011 [Sede Web]. Foro-ciudad.com, 2012-[actualizada el 17 de enero de 2012; acceso 15 abril de 2014]. Disponible en <http://www.foro-ciudad.com/>
3. Gandini S, Sera F, Cattaruzza M S, Pasquini P, Abeni D, Boyle P et al. Meta-analysis of risk factors for cutaneous melanoma: I. Common and atypical naevi. *Eur J Cancer*. 2005; 41:28 - 44.
4. Gandini S, Sera F, Cattaruzza M S et al. Meta-analysis of risk factors for cutaneous melanoma: II. Sun exposure. *European. Eur J Cancer* 2005; 41: 45 – 60.
5. Gandini S, Sera F, Cattaruzza M S, Pasquini P, Zanetti R, Masini C et al. Meta-analysis of risk factors for cutaneous melanoma: III. Family history, actinic damage and phenotypic factors. *Eur J Cancer*. 2005; 41:2040- 59.
6. Bastian B C. The molecular pathology of melanoma: an integrated taxonomy of melanocytic neoplasia. *Ann Rev Pathol* 2014; 9:239-71
7. Benmarhnia T, Léon C, Beck F. Exposure to indoor tanning in France: a population based study. *BMC Dermatology* 2013. 13:6.
8. Colantonio S, Bracken MB, Beecker J. The association of indoor tanning and melanoma in adults: Systematic review and meta – analysis. *J Am Acad Dermatol*. 2014 May; 70(5):847-857.
9. Clarke C, Moy L, Swetter S, Zadnick J, G. Cockburn M. Interaction of area-level socioeconomic status and UV radiation on melanoma occurrence in California. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. Nov 2010; 19(11): 2727– 2733.
10. Youl P, Baade PD, Parekh S, English D, Elwood M, Aitken JF. Association between melanoma thickness, clinical skin examination and socioeconomic status: results of a large population – based study. *Int J Cancer*. 2011 May 1;128(9):2158-65

Tabla 1.

	Menores de 29 años	Entre 30 y 49 años	Mayores de 50 años
Frecuencia Hombre/Mujer	36,4/63,3	35,4/64,6	53,1/46,9
Playa como residencia vacacional	70,8%	44,90%	10%
Antecedente de quemaduras solares	65,4%	77,20%	80,8%
Antecedente de exposición a rayos artificiales	UVA 33,3%	13,90%	3,2%
Exposición solar laboral crónica	0%	2,4%	4,4%
Antecedentes personales de melanoma	0%	1,1%	2,2%
Antecedentes familiares de melanoma	18,8%	9,5%	3%
Antecedente de nevus congénito	3,2%	5,6%	3,7%
Nivel de estudios más frecuente	Secundarios (EGB/ESO) 45,8%	Secundarios (EGB/ESO) 57,7%	Primarios 56,2%
Fototipo más frecuente	III (52%)	II (70%)	III (47,2%)
Uso de fotoprotector	Ocasionalmente (63%)	Ocasionalmente (55,4%)	Ocasionalmente (63,2%)
Localización general más frecuente	Extremidades inferiores 24,2%	Espalda 33,3%	Espalda 34,5%
Localización específica más frecuente	Zonas de exposición intermitente 78,8%	Zonas de exposición intermitente 83,8%	Zonas de exposición intermitente 66,2%
Presencia de 1 o más nevus atípicos	9,7%	14,3%	6,2%
Presencia de nevus mayores de 5mm	9,7%	10,8%	5,9%
Presencia de más de 50 nevus	19,4%	23,7%	11,1%
Ulceración macroscópica	0%	2%	11,7%
Ulceración histológica	6,1%	4%	14,5%
Breslow < 1mm	86,4%	65%	47%
Nivel de Clark I	25%	10,6%	10,2%
Invasión vascular	0%	2,3%	2,4%
Invasión perineural	0%	3,4%	4%
Regresión tumoral	6,1%	12,1%	9%
Índice mitótico más frecuente	No mitosis (66,7%)	No mitosis (39,4%)	No mitosis (40%)

RESULTADOS DEL TRATAMIENTO CON AZACITIDINA EN SÍNDROMES MIELODISPLÁSICOS Y LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN ALCORCÓN

Otero L^a, Villalón L^b, Latasa P^c

^a Estudiante de 6º de Medicina Universidad Rey Juan Carlos.

^b Unidad Hematología Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Profesor titular Universidad Rey Juan Carlos.

^c Unidad Medicina Preventiva Hospital Universitario Fundación Alcorcón

ABSTRACT

Palabras clave: leucemia mieloide aguda, síndromes mielodisplásicos, azacitidina.

Objetivo: Describir los resultados obtenidos con azacitidina en síndromes mielodisplásicos (SMD) y leucemias mieloides agudas (LMA), en el Hospital Universitario Fundación Alcorcón (HUFA) y análisis de supervivencia.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo de una serie de casos de pacientes que recibieron al menos un ciclo (75 mg/m²/día subcutáneo 5 días cada 28 días) de azacitidina desde marzo de 1998 hasta enero de 2014 en el HUFA (n=31). Ningún paciente fue excluido del estudio. Los datos proceden de la aplicación de historias clínicas del HUFA (Selene). Se recogieron variables demográficas, datos clínicos, complicaciones y de respuesta al tratamiento (ver resultados). Se requirió un número mínimo de 3 ciclos para considerar la independencia transfusional y respuesta. Se hizo un análisis descriptivo de la serie de casos, y la supervivencia global se estimó mediante el método de Kaplan-Meier y se comparó mediante la prueba de Log-Rank. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS (Statistical Package for Social Sciences) versión 17. Siempre se respetó la confidencialidad de los pacientes.

Resultados: Se analizaron 31 pacientes: 14 SMD y 17 LMA.

En el grupo de SMD, 8 eran varones y 6 mujeres con una edad media de 69 años (Desviación estándar: 8,3). Los tipos según la clasificación Organización Mundial de la Salud 2008¹: 4 con citopenia refractaria con displasia multilínea, 3 anemia refractaria con exceso de blastos, 5 AREB-2, 1 síndrome 5q- y 1 leucemia mielomonocítica crónica-2. El riesgo en función del Índice Pronóstico Internacional (IPSS)¹ era en 4 pacientes intermedio-1, en 2 Intermedio-2, en 2 alto y en 1 no fue posible disponer de este dato. El riesgo citogenético según el IPSS revisado (IPSSr)¹, era en 8 pacientes muy bajo, en 3 alto y un paciente era de muy alto riesgo. Antecedentes previos: 5 pacientes tenían antecedentes de neoplasia sólida, 3 de ellos recibieron quimioterapia y 1 radioterapia. 9 pacientes recibieron tratamiento previo: 4 con eritropoyetina, 4 con eritropoyetina y factores de crecimiento de colonias de granulocitos (G-CSF), y el paciente con síndrome 5q- con agentes eritropoyéticos, G-CSF y lenalidomida. 12 tenían dependencia transfusional previamente a la administración de azacitidina.

En el grupo de LMA había 9 varones y 8 mujeres con una edad media de 66,6 años (Desviación estándar: 13). El diagnóstico según la clasificación del grupo Franco-Americano-Británico²: 2 mínimamente diferenciadas, 2 con escasa maduración, 5 con maduración, 4 leucemias monoblásticas, 2 inclasificables, 1 leucemia bifenotípica y 1 asociada a mielodisplasia. El riesgo citogenético³ previo a

la administración de 5-azacitidina era en 8 intermedio, en 3 desfavorable, en 6 no valorable. 9 pacientes tenían LMA secundaria a SMD; 6 pacientes tenían antecedentes de tumor sólido, de los que 2 habían recibido solo quimioterapia y 2 quimioterapia y radioterapia. 10 recibieron quimioterapia intensiva previa para LMA, de éstos, 4 continuaron con azacitidina tras efectos secundarios graves, 6 la iniciaron tras recaída/progresión de la LMA.

Se exponen en la tabla 1 los resultados del tratamiento con azacitidina.

En 6 casos con SMD la enfermedad progresó a LMA, en una mediana de 22,5 meses (rango: 8-48). En la comparación de las curvas de supervivencia, ésta resultó inferior en el grupo de LMA respecto a los SMD ($p= 0.064$) (Tabla1).

Discusión y conclusiones: El agente hipometilante azacitidina se utiliza en SMD de alto riesgo y en LMA que no se consideran aptos para trasplante de progenitores hematopoyéticos.^{1,3} Nuestros resultados muestran que la supervivencia es mayor en SMD, falleciendo la mayor parte de los pacientes por progresión y/o complicaciones de la enfermedad hematológica. El uso de azacitidina en remisión tras quimioterapia intensiva logra en 4 casos una elevada tasa de remisiones completas e independencia transfusional mantenida; en el grupo con SMD, la tasa de independencia transfusional es baja (Tabla 1). Estos resultados, aun teniendo en cuenta que la muestra de pacientes es pequeña, permiten concluir que son necesarios nuevos esquemas de tratamiento para mejorar el pronóstico en estas patologías.

Bibliografía:

1. GESMD; SEHH. Guías españolas de diagnóstico y tratamiento de los Síndromes Mielodisplásicos y de la Leucemia mielomonocítica crónica. Haematologica. 2012; 97(Supl5):1-58.
2. Bennett JM, Catovsky D, Daniel MT, et al. Proposed revised criteria for the classification of acute myeloid leukemia. A report of the French-American-British Cooperative Group. Ann Intern Med 1985; 103(4):620-625.
3. Grimwade D, Hills RK, Moorman AV, et al. Refinement of cytogenetic classification in acute myeloid leukemia: determination of prognostic significance of rare recurring chromosomal abnormalities among 5876 younger adult patients treated in the United Kingdom Medical Research Council trials. Blood. 2010; 116:354-65.
4. O'Donnel M, Tallman M. Acute Myeloid Leukemia. En: Gregory, K; Naganuma, M. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. Washington, PA: National Comprehensive Canal Network; 2014.

Tabla 1. Número de ciclos, efectos secundarios, independencia transfusional, respuesta, causa de la muerte y supervivencia en SMD y LMA.

Variable	SMD N (%)	LMA N (%)
Número ciclos**	7 (1-28)	4 (1-40)
Efectos secundarios		
Infección	10 (71,4)	10 (58,8)
n		3 (17,6)
Sangrad	7 (50)	
o		
Independencia transfusional		
Dependencia	9 (64,2)	7 (41,2)
Independenci		6 (35,3)
a	3 (21,4)	4 (23,5)
No valorable (<3 ciclos)	2 (14,2)	
Respuesta		
Completa	1 (7,1)	7 (41,2)
Refractari	11 (78,6)	6 (35,3)
o		4 (23,5)
No valorable (<3 ciclos)	2 (14,3)	
Causa de la muerte		
R	9 (75)	11 (91,7)
H	3 (25)	1 (8,3)
N	25 (2,9- 70)	16,6 (0,6-41,2)
R		
Supervivencia (meses)**		

**Mediana (rango). RH: Relacionada con enfermedad hematológica; NR: No relacionada con la enfermedad hematológica.

EXPERIENCIA EN EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD DE HODGKIN EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN ALCORCÓN

J. Gualda Heras^a, L. Villalón Blanco^b, C. Jara Sánchez^c

^a *Estudiante 6º Medicina Universidad Rey Juan Carlos*

^b *Unidad de Hematología y Oncología c del Neurología Hospital Universitario Fundación Alcorcón*

ABSTRACT

Palabras clave: Hodgkin, ABVD, quimioterapia.

Objetivo: Descripción de los resultados clínicos de los pacientes con Enfermedad de Hodgkin (EH) tratados en las Unidades de Hematología y Oncología en el Hospital Universitario Fundación Alcorcón (HUFA).

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo de una serie de pacientes con EH tratados en el HUFA desde 06/99 hasta 12/13; los datos proceden de las historias clínicas. Se hizo un análisis descriptivo; la supervivencia global se estimó mediante el método de Kaplan-Meier y se comparó mediante la prueba de logrank. El análisis estadístico se ha realizado con el SPSS-17.

Resultados: La Supervivencia Global (SG) de la serie fue del 94.5%, 91% y 88.1 % a 1, 3 y 5 años del diagnóstico respectivamente. La SG fue significativamente mayor en estadios clínicos localizados (I y II) frente a estadios avanzados (III y IV) (97% vs 73% a los 5 años)($p=0.004$); en pacientes que recibieron radioterapia frente los que no lo recibieron (100% frente a 74% a los 5 años, $p=0,003$) y en menores de 60 años frente a mayores (96% vs 71% a los 5 años, $p=0,013$). No hubo diferencias significativas en cuanto a SG según sexo, subtipo histológico, presentación clínica, presencia de masa voluminosa o necesidad de hacer un trasplante en recaída y/o progresión.

La Supervivencia Libre de Enfermedad (SLE) de la serie fue de 90.9%, del 82.1 %, y 74.7%, a 1, 3 y 5 años del diagnóstico respectivamente; no se encontraron diferencias significativas al comparar según las variables sexo, edad, subtipo, estadio, presentación clínica, presencia de masa voluminosa o tipo de tratamiento.

Los efectos secundarios relevantes más frecuentes fueron infección respiratoria grave (9.5%), hipotiroidismo (8.1%), herpes zóster (8.1%), polineuropatía (4.1%) y segundo tumor (4.1%). No se describió ningún caso de infertilidad ni de cardiopatía isquémica. Como presentación clínica poco habitual se encontraron cuatro casos de afectación paraneoplásica del sistema nervioso central al diagnóstico o en la evolución de la enfermedad. La principal causa de fallecimiento fue la infección respiratoria (42.9%).

Discusión y Conclusiones: En nuestro estudio, la SG fue menor en estadios avanzados, pacientes mayores de 60 años y en pacientes que no han recibido radioterapia (esto último probablemente debido a que los estadios avanzados muchas veces solo reciben quimioterapia). El subtipo histológico, la presencia de masa voluminosa o la necesidad de autotrasplante de rescate no disminuyeron la SG. En cuanto a la SLE, no encontramos diferencias significativas en ninguna de las variables analizadas.

Entre los efectos secundarios destacan la infección respiratoria y el hipotiroidismo. Cabe destacar la ausencia de cardiopatía isquémica a pesar del uso de radioterapia, así como la alta incidencia

de síndrome paraneoplásico con afectación del sistema nervioso central, una complicación poco frecuente. El uso de una quimioterapia tipo ABVD (con poco riesgo de infertilidad permanente) hace que no se haya descrito en la serie ningún caso de infertilidad.

Aunque a la vista de los resultados descritos a EH es una patología con una elevada tasa de curación en el momento actual, nuestro objetivo debe ser la mejora de la misma con una minimización de la toxicidad, con estrategias de tratamiento ajustadas a los factores de riesgo en cada caso.

Bibliografía:

1. Hematology, Basic Principles and Practice 6th ed. Hoffman R, Benz E, Silberstein L, Heslop H, Weitz J, Anastasi J. Elsevier, 2013.
2. Hematología Clínica. Sans-Sabrafen, J. ; BessesRaebel, C. ; Vives Corrons, J.L. 5ta ed. Elsevier. 2006. NCCN Clinical Practise Guidelines in Oncology. Hodgkin Lymphoma.

Las características clínicas de los 74 pacientes y los tratamientos recibidos se describen en la Tabla 1.

SEXO					
VARÓN	n: 39	52.7%	MUJER	n:35	47.3%
EDAD					
Mediana: 41 años Rango: 20-92 años					
SUBTIPO					
PREDOMINIO	n: 10	13.5%	DEPLECCIÓN LINFOCÍTICA	n: 2	2.7%
ESCLEROSIS NODULAR	n: 43	58.1%	PREDOMINIO LINFOCÍTICO NO CLÁSICO	n: 9	12.2%
CELULARIDAD MIXTA	n: 9	12.2%	NO FILIADO	n: 1	1.4%
ESTADÍO					
I	n: 13	17.6%	III	n: 9	12.2%
II	n: 32	43.2%	IV	n: 20	27%
PRESENTACIÓN CLÍNICA					
SÍNTOMAS A	n: 38	51.4%	SÍNTOMAS B	n: 36	48.6%
MASA VOLUMINOSA					
S	n: 6	8.1%	NO	n: 68	91.9%
RADIOTERAPIA					
S	n: 40	54.1%	NO	n: 34	45.9%
TRASPLANTE					
S	n:8	10.8%	NO	n: 66	89.2%
TRATAMIENTO INICIAL					
ABVD	n: 71	95.9%	CHIPP	n: 1	1.4%
COPP	n: 1	1.4%	RADIOTERAPIA EN MONOTERAPIA	n: 1	1.4%
Nº CICLOS EN TRATAMIENTO INICIAL					
Mediana: 6 ciclos Rango 1-8 ciclos					
TRATAMIENTO SEGUNDA LINEA					
ESHAP	n:10	66.7%	CHIPP	n: 1	6.7%
NOVP	n: 2	13.3%	MOPP	n: 1	6.7%
ABVD	n: 1	6.7%			
PRESERVACIÓN SEMEN/ OVOCITOS					
SEMEN	n:13	17.56%	OVOCITOS	n: 1	1.35%

TRATAMIENTO ADYUVANTE EN CÁNCER DE MAMA NO EN FUNCIÓN DE TESTS GENÓMICOS

Beatriz Antón Pascual^a, Dr. Juan Antonio Guerra Martínez^b, Dra. Maria Victoria De Torres Olombrada^c, Almudena Chacón Pascual^a

^a *Estudiante de 6º de Medicina. Universidad Rey Juan Carlos de Madrid, España.*

^b *Jefe de Servicio de Oncología del Hospital Universitario de Fuenlabrada, Madrid, España.*

^c *Adjunto de Oncología Radioterápica del Hospital Universitario de Fuenlabrada, Madrid, España.*

ABSTRACT

Palabras clave: cáncer de mama, tests genómicos, tratamiento adyuvante, quimioterapia sistémica.

Introducción: El avance en el conocimiento de la biología molecular ha supuesto un cambio en la concepción de la enfermedad oncológica en general y del cáncer de mama en particular. Así, de un abordaje clásico basado en la observación empírica y factores pronósticos de carácter anatómico, tamaño tumoral, afectación ganglionar axilar y presencia o no de enfermedad metastásica, estamos caminando hacia un tratamiento racionalmente dirigido según las alteraciones moleculares descritas en cada tipo tumoral. En consecuencia, la irrupción de las plataformas genómicas (Oncotype® y MammaPrint®) puede tener un papel en la predicción de recaída de la enfermedad en los estadios iniciales del cáncer de mama.

Objetivos: Cuantificar los cambios de tratamiento médico adyuvante de las enfermas con cáncer de mama precoz en el Hospital de Fuenlabrada a través de la información aportada con la realización de los tests genómicos. Comprobar la existencia de correlación entre las variables clásicas pronósticas y el tratamiento aplicado tras la realización del perfil genómico, así como un posible coste-beneficio en la aplicación de éstos.

Material y Métodos: Estudio descriptivo longitudinal y prospectivo de pacientes tratadas quirúrgicamente de cáncer de mama precoz en el Hospital Universitario de Fuenlabrada de Madrid a las que se realiza el test genómico entre los meses de mayo de 2012 y 14 de abril de 2014. Los criterios de inclusión fueron los siguientes: cáncer de mama operado y ganglios linfáticos negativos o con micrometástasis en el examen histológico, receptores estrogénicos positivos, HER2 negativo por inmunohistoquímica o FISH, tamaño tumoral ≥ 1 cm (o < 1 cm con una o más características histológicas desfavorables, como Ki67 $> 13\%$, grado histológico intermedio o alto, o invasión linfocelular), edad < 70 años con expectativa de vida mayor de 5 años y sin comorbilidades graves, sin contraindicaciones para recibir quimioterapia, y ECOG 0, 1. Las variables analizadas, aparte de los tratamientos propuestos antes y después del test, fueron el tamaño tumoral, grado de diferenciación del tumor, tipo histológico y el tratamiento elegido en función de los resultados del test con quimioterapia sistémica. El proceso y análisis de los datos se realizó con el programa estadístico SPSS 22.0 para Windows®. La asociación estadística de variables se realizó mediante pruebas no paramétricas ($n < 30$), que son más exigentes pero menos potentes.

Resultados: Estudiamos 23 pacientes mujeres (100%) a las que se realizaron perfiles genómicos (21 tests Oncotype® y 2 tests MammaPrint®) con edad media de 50.58 (19-66). Recibieron quimioterapia finalmente 5 pacientes (21.74%), mientras que 18 pacientes fueron tratadas de forma conservadora (78.26%). De este último grupo, se identificaron 7 casos en los que tras la realización del perfil genómico, se administró hormonoterapia y radioterapia, en lugar de quimioterapia sistémica, como estaría indicado previo al uso de los tests (38.89%); así como 2 casos en los que sí se indicó

quimioterapia tras la realización de los tests que no se incluía en primer lugar (40%). No hubo diferencia estadísticamente significativa al comparar la indicación de tratamiento quimioterápico con el tamaño tumoral ($z = -1.06$, $p = 0.916$), grado de diferenciación ($X^2 = 0.031$, $p = 0.861$) o el tipo histológico ($X^2 = 1.624$, $p = 0.203$).

Discusión: Desde la puesta en marcha de la aplicación de los tests genómicos en la Comunidad de Madrid, de acuerdo con la base de datos de la Consejería de Sanidad madrileña, desde mayo de 2012 hasta el 30 de septiembre de 2013 fueron incluidas 363 pacientes. En un análisis realizado en abril de 2013 sobre 273 pacientes, se evidenció que en 80 casos (29%) se había cambiado la decisión del tratamiento tras conocer el resultado del test. En 76 enfermas donde la decisión inicial incluía la administración de quimioterapia sistémica y hormonoterapia, se había pasado a hormonoterapia únicamente, tratamiento mucho menos agresivo; mientras que 4 enfermas que inicialmente sólo iban a ser tratadas con hormonoterapia habían pasado a recibir quimioterapia también, siendo éste más ajustado a las características del tumor. Los resultados de nuestra serie reflejaron que de las 23 pacientes de la muestra son 9 en las que se lleva a cabo un cambio en el tratamiento (39.13%). De acuerdo con lo revisado en la literatura, no han sido publicados estudios que correlacionen los factores pronósticos clásicos (tamaño tumoral, grado de diferenciación, etc.) con la aplicación de un tratamiento agresivo, puesto que se basan en un enfoque que define exclusivamente el tratamiento adyuvante final de acuerdo a los marcadores genéticos obtenidos en el test. Los resultados obtenidos en nuestra serie no son suficientemente maduros para inferir la costo-eficacia del mismo, puesto que necesitaríamos contar con una muestra mayor, así como una valoración de las pacientes a largo plazo contrastado con un análisis de supervivencia.

Conclusiones: El cáncer de mama es ejemplo pionero de cómo el avance en el conocimiento de la biología tumoral se ha traducido en una mejora terapéutica con impacto en la calidad de vida de las pacientes afectas. La importancia de realizar los tests genómicos, como se comprueba en nuestra muestra, radica en que algunas pacientes a priori con un perfil de menor riesgo, pero con marcadores genéticos de mayor gravedad, se pueden beneficiar de un tratamiento más agresivo. Es probable que las valoraciones basadas en estos marcadores genéticos ocasionen cierto impacto clínico y costo-eficaz, a medida que se vayan incluyendo más pacientes y descubriendo y aplicando nuevos genes. Para confirmar esta premisa en nuestro entorno, se ha implantado un programa que utiliza los tests genómicos denominado PREGECAM, en el que participan todos los hospitales madrileños del Servicio de Oncología Médica de la Comunidad de Madrid, en total 24.

Bibliografía:

1. Prat A, Ellis MJ, Perou CM. Practical implications of gene-expression-based assays for breast oncologists. *Nat Rev Clin Oncol*. 2013; 9(1):48-57.
2. Díaz-Rubio E, Zamora Auñón P, García Sáenz JA, editores. Atlas Integral de Cáncer de Mama. Madrid: YOU & US, S.A; 2010.
3. Van de Vijver MJ, He YD, van't Veer LJ, et al. A gene-expression signature as a predictor of survival in breast cancer. *N Engl J Med*. 2002; 347:1999-2009.
4. Bedard PL, Cardoso F. Can some patients avoid adjuvant chemotherapy for early-stage breast cancer? *Nat Rev Clin Oncol*. 2011; 8:272-279.
5. Proyecto Predictores Genómicos en Cáncer de Mama de la Comunidad de Madrid (PREGECAM). Sesión general de Oncomadrid; 2011 Octubre 26; Madrid, España. Madrid: PREGECAM en la Comunidad de Madrid; 2012.
6. Breast Cancer. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. Version 2.2013, 3/11/13 © National Comprehensive Cancer Network, Inc. 2013.

VI. BLOQUE DE GINECOLOGÍA

NECESIDAD O NO DE REALIZAR LINFADENECTOMÍA AXILAR EN EL CÁNCER DE MAMA CUANDO EXISTE AFECTACIÓN METASTÁSICA DEL GANGLIO CENTINELA

Ana Saldaña Díaz^a, Fernando Martínez Santos^b

^a Estudiante de 6º de Medicina, Universidad Rey Juan Carlos, Madrid, España

^b Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Madrid, España

ABSTRACT

Palabras clave: Ganglio centinela. Cáncer de mama.

Objetivos: analizar y cuantificar la presencia de afectación axilar en pacientes con cáncer de mama y linfadenectomía axilar (LA) tras una biopsia selectiva de ganglio centinela (BSGC) positiva.

Material y métodos: estudio descriptivo en el que se han incluido las pacientes con cáncer de mama de las consultas del servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Universitario Fundación Alcorcón que entre los años 2010 a 2013 se sometieron a cirugía del tumor más BSGC, siendo esta última positiva. Se excluyeron las pacientes con quimioterapia neoadyuvante.

Para el análisis anatomopatológico se utilizó el método de corte y congelación. Se estudió la presencia de micrometástasis (menores a 2 milímetros) o macrometástasis (mayores a 2 milímetros) en la BSGC, la presencia o no de metástasis en la LA y el número de ganglios afectos.

Resultados: se estudiaron 29 pacientes. Los resultados se muestran a continuación:

Discusión: el tratamiento del cáncer de mama ha sido históricamente quirúrgico, basado en la amplia resección de la enfermedad local y las áreas ganglionares. Sin embargo, es probable que el cáncer de mama sea una enfermedad sistémica de inicio, por ello los tratamientos locales deben ser adecuados (sin morbilidad añadida) y complementados con tratamientos sistémicos. En los últimos años la cirugía del cáncer de mama ha estado orientada al tratamiento más conservador.

La afectación ganglionar es uno de los mejores indicadores pronósticos en el cáncer de mama e imprescindible para diseñar el tratamiento adyuvante. La BSGC, descrita por Giuliano en 1994, es la técnica diagnóstica de elección para la estadificación axilar en pacientes seleccionadas, atendiendo a unos criterios. Tiene una sensibilidad cercana al 97% y gran valor predictivo positivo, con un porcentaje de falsos negativos inferior al 10%.

Avalado por diversos estudios como el de la National Surgical Adjuvant Breast and Bowel Project, NSABP-32, actualmente se asume que ante una BSGC negativa no es necesario realizar LA, evitando la morbilidad causada por la misma: linfedema postmactectomía (incidencia del 3-5%), disfunción del hombro y pérdida de sensibilidad. Sin embargo, actualmente está en debate la indicación de LA tras una BSGC positiva. Según el consenso de la American Society of Clinical Oncology de 2005 debe realizarse LA en los casos en los que el ganglio centinela (GC) es positivo, incluyendo macrometástasis, micrometástasis y células tumorales aisladas; no obstante, los primeros resultados del estudio de la American College of Surgeons Oncology Group, ACOSOG-Z0011, en pacientes que presentaban micrometástasis revelan que la BSGC ofrece información suficiente para el tratamiento adyuvante, cuestionando la necesidad de realizar LA en estos casos. En nuestros resultados observamos cómo la tasa de LA negativa tras una BSGC positiva micrometastásica es

del 72,72%. Ensayos, como el Trial 23-01 del International Breast Cancer Study Group, apoyan la no realización de LA cuando el GC tiene micrometástasis.

Hasta el 62% de las pacientes de nuestro estudio con BSGC positiva no presentaban más ganglios afectados en la LA. En estudios realizados hasta la fecha, se estima que en el 80% de los casos es el GC el único ganglio afecto. Además, de las 11 pacientes de nuestro estudio que presentaban LA positiva, 8 de ellas presentaban un único ganglio afecto. Artículos recientes (Giuliano et al) defienden la seguridad de omitir la LA en pacientes seleccionadas con GC positivo.

Conclusiones: con los resultados obtenidos junto con los arrojados por los diversos estudios, cabe conjeturar que en un futuro pueda evitarse la disección axilar en las pacientes con BSGC positiva, teniendo en cuenta la necesidad de complementar el manejo terapéutico mediante tratamientos sistémicos adyuvantes. No obstante, habría que tener en consideración otros factores a la hora de la toma de decisiones, como la edad de la paciente, el tamaño tumoral, factores pronósticos del tumor (mutación Her2, receptores hormonales), etc.

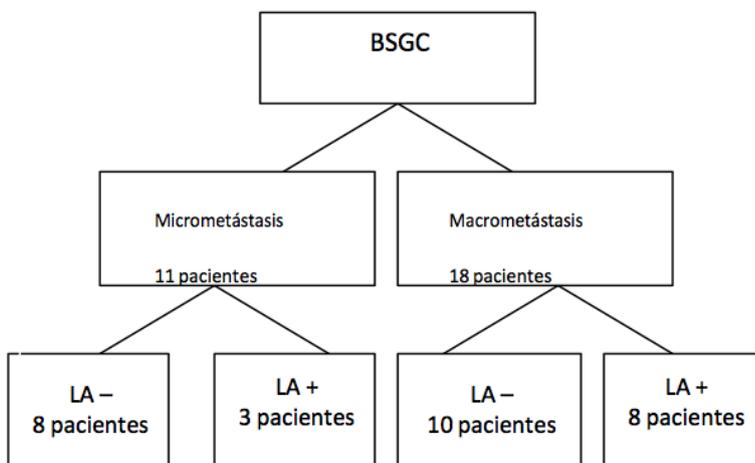
Bibliografía:

1. Giuliano A.E., Kirgan D.M., Guenter J.M., Morton D.L. Lymphatic mapping and sentinel lymphadenectomy for breast cancer. *Ann Surg* 1994; 3: 398-401.
2. Giuliano A.E., Hunt K.K., Ballman K.V., Beitsch P.D., Whitworth P.W., et al. Axillary dissection vs no axillary dissection in women with invasive breast cancer and sentinel node metastasis. A randomized clinical trial. *JAMA* 2011; 6: 569-575.
3. Cabañas Navarro L., Cabañas Montero L.J., Ortega Pérez G., Rioja Martín M.E. ¿Podemos obviar la linfa-denectomía axilar en el cáncer infiltrante de mama? *Avancemos pero con rigor. Rev Senología Patol Mam.* 2011; 3: 81-83.
4. Giuliano A.E., McCall L., Beitsch P., et al. Locoregional recurrence after sentinel lymph node dissection with or without axillary dissection in patients with sentinel lymph node metastases. *Ann Surg* 2010; 252: 426-33.
5. Galimberti V., Botteri E., Chifu C., et al. Can we avoid axillary dissection in the micrometastatic sentinel node in breast cancer? *Breast Cancer Res T*, 2012; 131 819-25.
6. TNM 7^a ed AJCC Cancer Staging Manual. 2010. Edge, S.B.; Byrd, D.R.; Compton, C.C.; Fritz, A.G.; Greene, F.L.; Trotti, A. (Eds.).
7. G.H. Lyman, A.E. Giuliano, M.R. Somerfield, et al. American Society of Clinical Oncology Guideline. Recommendations for sentinel lymph node biopsy in early-stage breast cancer. *J Clin Oncol* 2005; 23: 7703-20.
8. Galimberti V. IBCSG 23-01: Sentinel lymph node biopsy alone vs axillary dissection for N1 micrometastasis. *SABCS* 2011.

Tabla de contingencia LA positiva/negativa – BSGC con macrometástasis/micrometástasis:

LA +/-	MACROMETÁSTASIS	MICROMETÁSTASIS	Total general
LA -	10	8	18
LA +	8	3	11
Total general	18	11	29

Prevalencia de LA positiva/negativa según el tipo de afectación metastásica en la BSGC (macro o micrometastásica):



Ganglios afectados en la LA:

Número de ganglios positivos/total de ganglios extirpados
1/19
1/22
1/12
2/22
1/11
1/10
1/9
1/8
1/8
3/8
8/13

MANEJO TERAPÉUTICO DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA PÉLVICA

García Carreras, Alejandro^a, Martín Caballero, Carlos^b

^a Alumno 6º de Grado en Medicina de la URJC.

^b Médico Especialista en Ginecología y Obstetricia del Hospital Universitario Fundación Alcorcón.

ABSTRACT

Palabras clave: Absceso tubo-ovárico. Enfermedad Inflamatoria Pélvica (EIP). Punción TAC guiada.

Introducción: La Enfermedad inflamatoria Pélvica (EIP) es una infección polimicrobiana del aparato genital superior femenino que puede cursar con un amplio espectro clínico, desde una infección casi asintomática hasta la aparición de salpingitis con formación de abscesos tubo-ováricos (ATO). Un diagnóstico y tratamiento precoz disminuye en gran medida la aparición de secuelas, que comprenden infertilidad, embarazo ectópico, dolor pélvico crónico, y salpingitis recurrente.

Objetivo: Analizar los parámetros demográficos, clínicos, ecográficos y microbiológicos junto con el tratamiento y secuelas en las pacientes ingresadas por EIP.

Material y métodos: Revisión descriptiva, retrospectiva de 33 casos con diagnóstico de EIP e ingreso en el Hospital Universitario Fundación Alcorcón entre el 1 de Enero de 2011 y el 31 de Diciembre de 2012. Los datos fueron recogidos mediante la revisión sistemática de historias clínicas informatizadas codificadas como EIP en Selene®. El análisis estadístico de los datos se realizó con ayuda de Excel y Epidat 3.1. Las variables cuantitativas fueron comparadas mediante la t de Student, estableciendo un nivel de significación de $p < 0,05$.

Resultados: En total se analizaron 33 ingresos con diagnóstico de EIP entre el 01-01-2011 y el 31-12-2012. La media de edad se sitúa en $36,5 \pm 8,6$ años, siendo 32 (97%) de ellas premenopáusicas con una media de embarazos de $1,48 \pm 1,39$. En 14 (42,4%) pacientes no fue identificado ningún factor de riesgo (FR) mientras que 10 (30,3%) eran portadoras de un dispositivo intrauterino (DIU), 4 (12,1%) tenían antecedentes de EIP, 2 (6%) habían sido sometidas a una histeroscopia en el mes previo, otras 2 (6%) habían sido sometidas a cirugía abdominopélvica en el mes previo y en un caso (3%) su pareja era portadora de ETS (Chlamydia + Gonococo).

Veintinueve (87,9%) pacientes presentaban ATO en la ecografía diagnóstica realizada en urgencias, 19 (65,5%) de ellas único y 10 (34,5%) doble, con un tamaño medio (eje mayor) de $5,55 \pm 1,76$ cm. En 4 (12,1%) fue necesaria la realización de punción TAC guiada y drenaje de los abscesos por no mejoría tras 48h de tratamiento antibiótico iv y en otros 4 (12,1%) casos, fue necesaria la realización de cirugía, en 3 por duda diagnóstica y en 1 por sospecha de malignidad, siendo la media de ingreso hospitalario de todas las pacientes de $6,06 \pm 3,49$ días.

Al analizar por separado el tamaño de los abscesos drenados y los no drenados no existe diferencia significativa ($p=0,11$) mientras que sí existe, si comparamos la media de ingreso hospitalario ($p < 0,001$).

En cuanto al seguimiento, a las 4 semanas solo 25 (75,5%) de las pacientes acuden a consulta, encontrándose asintomáticas 19 (60%), con clínica leve 9 (36%) y 1 con clínica grave (4%); visualizándose la existencia de ATO en la ecografía en 13 (52%) de ellas, con un tamaño de $4,11 \pm 1,2$ cm. A la

consulta realizada a los 3 meses solo acuden 19 (57,7%) pacientes, encontrándose asintomáticas 15 (78,9%) y el resto con clínica leve. En la ecografía se visualiza hidrosalpinx en 8 (42%) de ellas con un tamaño medio de 4,13x2,05 cm (\pm 2 y 1 cm respectivamente).

En relación a los resultados microbiológicos solo en 10 (30,3%) casos se aíslan microorganismos, tratándose en 4 (40%) de ellos de una EIP polimicrobiana. Los microorganismos que se aislaron con más frecuencia fueron: Candidaspp, Chlamydiaspp, E. coli, Ureaplasmaspp y Bacteroidesspp. Los esquemas de tratamiento antibiótico utilizados fueron diversos y quedan reflejados en la tabla 1:

Conclusiones: El tratamiento conservador mediante antibioterapia parenteral empírica es efectivo en la resolución de la mayoría de los casos de EIP que requieren ingreso y conlleva una menor estancia hospitalaria.

El drenaje guiado por TAC de los abscesos tubo-ováricos supone una buena alternativa al tratamiento quirúrgico en los casos en los que no exista mejoría en 48h y posiblemente en aquellos casos en los que el tamaño de los mismos sea mayor, aunque conlleva una estancia hospitalaria muy superior.

La cirugía queda relegada a aquellos casos en los que exista duda diagnóstica o patología urgente. La falta de adherencia al seguimiento en consulta por parte de las pacientes dificulta la valoración de las secuelas a largo plazo.

Bibliografía:

1. K.HOLMES. "Infecciones de Transmisión sexual: resumen y estudio clínico". En: S. FAUCI, Anthony, et al. Principios de Medicina Interna Harrison. 17 ed. México, D.F: McGraw-Hill, 2009. P. 329-331.
2. K. GÜNGÖRDÜK, et al. "Experience of tubo-ovarian abscess in western Turkey", Int J GynecolObstet (2013)
3. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijgo.2013.07.017>.
4. M. GRADISON. "Pelvic Inflammatory Disease", Am Fam Physician (Apr 2012), 15; 85 (8): 791-796.
5. K. WORKOWSKI, et al. "Sexually transmitted diseases treatment guideline", Centers for Disease Control and Prevention (CDC). 2010.
6. J. ROSS. "UK National Guideline for the Management of Pelvic Inflammatory Disease", British Association for Sexual Health and HIV (2011).
7. R. SQUIRES, et al. "Tubo-Ovarian Abscess: to drain or not to drain?" Abstracts/Journal of Minimally Invasive Gynecology 20 (2013) S95-S132.
8. S.GRANBERG, et al. "The management of pelvic abscess", Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology 23 (2009) 667-678.
9. ZUBELDIA N. "Patología infecciosa: vulvovaginitis, enfermedades de transmisión sexual, enfermedad inflamatoria pélvica, abscesos tubo-ováricos", Anales del sistema sanitario de Navarra. 2009; 32(1): 29-38.

Antibióticos	Nº	%
Cefoxitina/Ceftriaxona + Doxiciclina \pm Metronidazol.	11	33,33%
Ampicilina + Gentamicina + Clindamicina	8	24,24%
Gentamicina + Metronidazol	7	21,21%
Clindamicina + Gentamicina	2	6,06%
No constan los antibióticos pautados.	5	15,15%

GESTACIÓN CRONOLÓGICAMENTE PROLONGADA: MORBIMORTALIDAD MATERNO-FETAL EN LA INDUCCIÓN DEL PARTO EN LA SEMANA 41

Patricia Garrido Rocamora^a, Carlos Martín Caballero^b

^a *Estudiante 6º Grado en Medicina de la Universidad Rey Juan Carlos (URJC), Alcorcón, Madrid, España.*

^b *Médico Especialista en Ginecología y Obstetricia, Hospital Universitario Fundación Alcorcón (HUFA), Alcorcón, Madrid, España.*

ABSTRACT

Objetivos: Analizar la morbilidad materno-fetal durante la inducción del parto en la semana 41 en gestaciones cronológicamente prolongadas.

Material y métodos: Estudio descriptivo de tipo transversal en las pacientes con gestación cronológicamente prolongada a las que se les indujo el parto en la semana 41 de gestación durante el año 2011 en el Área de Ginecología y Obstetricia del HUFA. Se ha obtenido la información del Libro de Registro de Partos del Bloque Obstétrico. Se han incluido en el estudio las 211 pacientes con gestación cronológicamente prolongada que acudieron a este Servicio durante el año 2011 (Enero-Diciembre) y a las que se les indujo el parto en la semana 41 (41-41+6) de gestación, excluyéndose a aquellas pacientes con gestación de 41 a 41+6 semanas con finalización espontánea del parto. Las variables analizadas sobre morbilidad fetal fueron la macrosomía (≥ 4000 gramos) y las complicaciones intraparto asociadas, el oligoamnios, el líquido amniótico teñido de meconio, el test de Apgar < 7 en el primer minuto y la necesidad de reanimación neonatal. La variable estudiada respecto a la morbilidad materna fue el tipo de parto, eutócico frente a distócico (instrumental y cesárea). Con los datos obtenidos, se ha realizado un análisis de resultados.

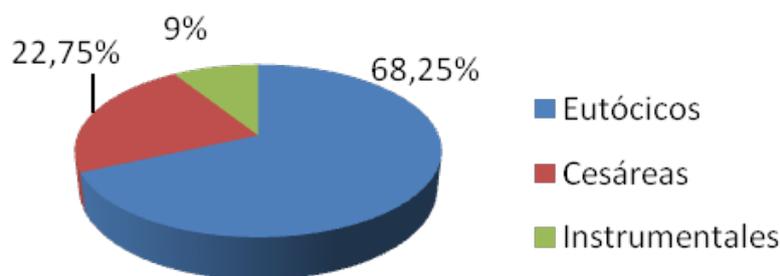
Resultados: En cuanto a la morbilidad fetal y neonatal, del total de los 211 neonatos, el 10,43% (22) presentó macrosomía, de los cuales uno presentó distocia de hombros, dos desproporción cefalopélvica, dos expulsivo prolongado y los diecisiete restantes ninguna complicación intraparto. Respecto a la variable líquido amniótico, un 1,9%(4) presentó oligoamnios y un 9%(19) líquido amniótico teñido de meconio sin síndrome de aspiración meconial asociado. El 10,43%(22) presentó un test de Apgar < 7 en el primer minuto de vida, de los cuales diecisiete alcanzaron un Apgar ≥ 7 en el minuto cinco y los cinco restantes en el minuto 10. El 1,4% (3) del total requirió reanimación neonatal, de estos, dos precisaron reanimación tipo IV (intubación endotraqueal, masaje cardiaco) y uno reanimación tipo III (administración de presión positiva).

Respecto a la morbilidad materna los resultados obtenidos fueron los siguientes: del total de partos, el 68,25%(144) fueron eutócicos frente al 22,75% (48) de cesáreas y al 9% (19) de partos instrumentales (Gráfico 1). Del total de cesáreas, el 37,5 % (18) fue por riesgo de pérdida de bienestar fetal, siendo esta la indicación principal. Del resto, la causa más frecuente fue la no progresión del parto. En relación a los partos instrumentales, el 89,5% (17) correspondió al uso de fórceps y el 10,5%(2) restante al de ventosa, y la indicación principal en ambos casos fue el alivio expulsivo. La mortalidad materno-fetal fue del 0%.

Discusión: La Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (S.E.G.O.) a través de su Protocolo Asistencial en Obstetricia¹, actualizado en 2010, concluyó en sus recomendaciones sobre el embarazo cronológicamente prolongado que la inducción del parto en la 41ª semana respecto a la conducta expectante se asocia con una disminución ligera, pero significativa, de la mortalidad perinatal

sin que aumente la tasa de cesáreas, por lo que se puede ofrecer a la mujer la inducción del parto en este intervalo de edad gestacional (A). En base a esto, el año 2011 fue el año de implantación en el HUFA de la conducta de finalización de la gestación en la semana 41 frente a la conducta expectante con vigilancia materno-fetal y finalización en la semana 42 que se realizaba previamente. Las recomendaciones de la S.E.G.O. a este respecto se basan en los resultados de ensayos clínicos² y revisiones sistemáticas^{3,4,5} con los que hemos comparado nuestros resultados: respecto al peso al nacer, la macrosomía supone el 25%² y el 17%⁵ frente al 9% obtenido en nuestros resultados, y el síndrome de aspiración meconial asociados de entre el 0,5 y el 1,3%⁴ frente a nuestro 0%. El test de Apgar <7 en el minuto 5 está presente en el 2,7%⁴ de los casos frente a nuestro 2,4%, y en cuanto a la necesidad de reanimación neonatal, esta no se haya recogida en estos estudios. Respecto al tipo de parto, la cesárea supone el 21,2%², 20,1%³ y 22%⁵ del total de partos frente al 22,75% de nuestro estudio, y los partos instrumentales representan el 27,8%² frente a nuestro 9%. Los datos sobre la mortalidad perinatal son del 0%² y el 0,09%³ frente al 0% de nuestro hospital.

Total de partos



Conclusiones: Los resultados obtenidos en nuestro centro son similares a los referidos en la literatura con porcentajes de parto instrumental, cesárea y complicaciones fetales muy aceptables, de hecho superponibles a los datos globales de partos de bajo riesgo (22% de cesáreas y 14 % de partos instrumentales en los hospitales públicos nacionales⁶) a pesar de tratarse de un grupo de riesgo, por lo que pensamos que la inducción a la semana 41 ha demostrado ser una medida segura, efectiva y eficiente en nuestro centro.

Bibliografía:

1. Embarazo cronológicamente prolongado. En: Protocolo Asistencial en Obstetricia S.E.G.O. Actualizado en junio de 2010. Madrid. Disponible en: <http://www.sego.es>.
2. Hannah ME, Hannah WJ, Hellmann J, Hewson S, Milner R, Willan A. Induction of labor as compared with serial antenatal monitoring in post-term pregnancy. A randomized controlled trial. The Canadian Multicenter Post-term Pregnancy Trial Group. N Engl J Med. 1992; 326: 1587-92.
3. Sánchez-Ramos L, Olivier F, Delke I, Kaunitz AM. Labor induction versus expectant management for post-term pregnancies: A systematic review with meta-analysis. Obstet Gynecol. 2003; 101(6): 1312-8.
4. Gülmezoglu AM, Crowther CA, Middleton P. Inducción del trabajo de parto para mejorar los resultados en mujeres a término o después del término. (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
5. Caughey AB, Sundaram V, Kaimal AJ, et al. Systematic review: Elective induction of labor versus expectant management of pregnancy. Ann Intern Med. 2009; 151: 252-63.
6. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Instituto de Información Sanitaria: Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado. 2011. Disponible en: <http://www.estadisticasdeparto.com/2011/01/datos-nacionales.html>

VITRIFICACIÓN DE OVOCITOS PARA PRESERVACIÓN DE LA FERTILIDAD: INFLUENCIA DE LA DEPENDENCIA HORMONAL DE LA ENFERMEDAD

Brasero J.^a Martínez M.,^b García-Velasco JA.^{b,c}

^a Estudiante de 6º curso del Grado en Medicina de la Universidad Rey Juan Carlos (Madrid).

^b IVI-Madrid.

^{b,c} Profesor titular de la Universidad Rey Juan Carlos (Madrid).

ABSTRACT

Palabras clave: fertility preservation, oocyte vitrification, cancer, ovarian stimulation, reduced ovarian reserve.

Introducción: En los últimos años está emergiendo la vitrificación de ovocitos como método de preservación de la fertilidad en las pacientes que van a ser sometidas a tratamientos oncológicos.¹⁻³ Sin embargo, diversos estudios han detectado una menor respuesta a la estimulación ovárica (usada para la obtención de los ovocitos a vitrificar) en dichas pacientes.^{4,5}

Objetivo: El objetivo de este estudio es comparar la respuesta a la estimulación ovárica en pacientes que van a ser sometidas a tratamientos oncológicos según presenten una patología hormono-dependiente (HD) o no hormonodependiente (HI).

Material y métodos: Estudio descriptivo de una serie de casos realizado a partir de un muestreo de oportunidad de las pacientes que entraron en el programa de preservación de la fertilidad y realizaron la estimulación ovárica desde Abril de 2008 hasta Noviembre de 2012 en el grupo IVI de Madrid. Se incluyeron en el programa a un total de 138 pacientes y se dividieron en 2 grupos: patología HD vs HI. Durante el proceso de estimulación ovárica y obtención de ovocitos se produjeron 2 cancelaciones en el grupo HD y 4 en el grupo HI. Las pautas de estimulación habituales fueron 150-300 IU de hormona foliculoestimulante recombinada (rFSH) en un protocolo con antagonistas de la hormona liberadora de gonadotropinas (GnRH). En el grupo de HD, además, se administró 5 mg de letrozol desde el inicio de la estimulación hasta la menstruación siguiente para evitar niveles suprafisiológicos de estradiol. Para la inducción se utilizó hCG o bien agonistas de la GnRH (aGnRH), que han reemplazado el uso de hCG en los protocolos actuales. El programa del que se recogieron los datos fue el SiviS. Éstos se evaluaron mediante el programa informático "Medcalc" y una vez comprobada su distribución normal (Kolmogorof-smirnov), se realizaron las pruebas estadísticas "t de student" (en el caso de las variables cuantitativas) y "chi²" (para las variables cualitativas), considerando una significación estadística con $p < 0,05$.

Resultados (ver tabla 1): El diagnóstico más frecuente en el total de los casos fue cáncer de mama (75%; n=100), seguido de linfoma de Hodgkin (12%; n= 16) y linfoma no Hodgkin (4%; n=6). La media de edad fue estadísticamente significativa mayor en el grupo HD, al igual que el índice de masa corporal (IMC). La reserva folicular previa se analizó a través de los valores de hormona antimülleriana (AMH), FSH y el recuento de folículos antrales (RFA). Aunque si se encontró una diferencia significativa entre los valores de FSH de ambos grupos, los valores de AMH y RFA resultaron ser similares. Tanto el número de ciclos necesarios, como los días hasta iniciar la estimulación y la dosis utilizada fueron similares en ambos grupos. Previsiblemente, el pico de estrógenos (E_2) alcanzado fue significativamente menor en el grupo HD, en el que se usó letrozol en el protocolo de estimulación. De igual modo, el número de ovocitos que se logró obtener y posteriormente vitrifi-

car también fue similar, obteniendo datos de eficacia y efectividad semejantes. Por otra parte, no se encontraron diferencias respecto a si la inducción se realizó con hCG o con aGnRH en ambos grupos tanto si se tiene en cuenta la edad (edad media [desviación estándar (DE)]: hCG 31,6 (5,2) vs aGnRH 32,4 (4,6); $p=0,37$), el pico de E_2 alcanzado (media de pico de E_2 alcanzado (DE): hCG 394 (355) vs aGnRH 586 (785); $p=0,13$), los ovocitos obtenidos (media de ovocitos obtenidos (DE): hCG 10,2 (7,5) vs aGnRH 12,4 (9,2); $p=0,17$) como los ovocitos que finalmente se vitrificaron (media de ovocitos vitrificados (DE): hCG 8,02 (6,8) vs aGnRH 8,5 (6,2); $p=0,69$). Una limitación del estudio es que no se consiguieron recopilar todos los datos en todas las pacientes, debido principalmente a que hace unos años no se usaban ciertos parámetros, como es el caso de la AMH.

Discusión y conclusiones: En este estudio no se han encontrado diferencias significativas en la estimulación ovárica previa a tratamientos oncológicos en patologías HD y HI si tomamos como variable estrella el número de ovocitos que se han conseguido obtener para la vitrificación. Habría que valorar la posibilidad de que el uso de letrozol en el protocolo de estimulación del grupo HD pudiese influir en los resultados pero no sería ético no administrárselo debido a que el aumento estrogénico que presentarían entonces podría empeorar su enfermedad debido a su dependencia hormonal. Adicionalmente, tampoco se han detectado diferencias respecto al uso de hCG o aGnRH para la inducción. El número de cancelaciones fue mayor en los HI. Tres de estas cancelaciones fueron en tumores hematológicos: leucemia LAL preB de alto riesgo, linfoma no Hodgkin de alto grado y linfoma de Hodgkin. Estas diferencias podrían estar en consonancia con los resultados hallados en otros estudios acerca de que la reserva ovárica en las pacientes con linfoma está disminuida incluso antes de la quimioterapia. Alguna de las explicaciones propuestas para este hecho son: el daño ocasionado por el nivel elevado de citoquinas y el considerar los linfomas como una enfermedad sistémica.^{4,6} De igual modo, son necesarios más estudios para dilucidar si verdaderamente existe una baja respuesta a la estimulación ovárica incluso antes de los tratamientos oncológicos y su causalidad puesto que, al tratarse de una técnica muy novedosa, las poblaciones disponibles son aún pequeñas. También son pocas las mujeres que han regresado para embarazarse tras vitrificar sus ovocitos. Sin embargo, cabe destacar la efectividad de esta técnica, su seguridad e implicaciones en la calidad de vida de estas pacientes,¹⁻⁴ por lo que se recomienda manejar paralelamente la información sobre el tratamiento oncológico y los diversos métodos de preservación de la fertilidad desde el momento en que se comunica la enfermedad.

Bibliografía:

1. Cobo A., García-Velasco JA., Domingo J. et al. Is vitrification of oocytes useful for fertility preservation for age-related fertility decline and in cancer patients? *FertilSteril.* 2013; 99:1485-95.
2. De la Fuente G., Martínez M., Rabadán S. et al. Preservación de la fertilidad en pacientes oncológicas. Cuatro años de experiencia en el grupo IVI. *Reproducción.* 2011; 26:62-65.
3. García-Velasco JA., Domingo J. Tratamiento del cáncer y fertilidad. *Actualización.* Jano 2008; 1.719.
4. García-Velasco JA., Domingo J., Cobo A. et al. Five years' experience using oocyte vitrification to preserve fertility for medical and nonmedical indications. *FertilSteril.* 2013; 99:1994-9.
5. Domingo J., Guillén V., Ayllón Y. et al. Ovarian response to controlled ovarian hyperstimulation in cancer patients is diminished even before oncological treatment. *FertilSteril.* 2012; 97:930-4.
6. Lawrenz B., Fehm T., von Wolff M. et al. Reduced pretreatment ovarian reserve in premenopausal female patients with Hodgkin lymphoma or non-Hodgkin-lymphoma- evaluation by using antimüllerian hormone and retrieved oocytes. *FertilSteril.* 2012; 98:141-4.

	HD Media (DE)	HI Media (DE)	p
n	102	36	
Cancelaciones	2	4	<0,05
Tumores más frecuentes*	Mama: 100 (98)	Linfoma de Hodgkin: 16 (44,44); linfoma no Hodgkin: 6 (16,67)	
Edad	33,5 (3,7)	27,2 (6,8)	<0,05
Hijos previos*	9 (8,82)	0	
IMC	22,8 (3,7)	20,5 (1,8)	<0,05
AMH	4,2 (4,2)	3,2 (3,5)	0,20
FSH	8,8 (11,2)	13,9 (17)	<0,05
RFA	14,4 (7,7)	17,3 (7,8)	0,06
Pico de E₂	356 (481)	928 (934)	<0,05
Días hasta inicio estimulación	12,8 (12,8)	16,5 (51)	0,50
Número de ciclos	1,06 (0,27)	1,05 (0,2)	0,84
Dosis	1496 (700)	1389 (604)	0,42
Ovocitos obtenidos	11,5 (8,9)	10,8 (8,7)	0,68
Ovocitos vitrificados	8,2 (6,6)	7,6 (5,9)	0,63
Eficacia*^a	5 (4,9)	2 (5,5)	0,78
Efectividad*^b	7 (6,9)	6 (16,7)	0,08

*N (%)

^aCalculado con las pacientes, excluyendo las cancelaciones, con baja respuesta a la estimulación ovárica

^bCalculado con todas las pacientes de las que se obtuvo los datos y que obtuvieron baja respuesta a la estimulación ovárica

VII. BLOQUE DE PEDIATRÍA

TRATAMIENTO CON HORMONA DE CRECIMIENTO EN NIÑOS PEQUEÑOS PARA SU EDAD GESTACIONAL

Fernández Téllez L^a, Rivero Martín MJ^b

^a Estudiante de 6º de Medicina de la Universidad Rey Juan Carlos. Hospital Universitario de Fuenlabrada, Fuenlabrada, Madrid, España.

^b Servicio de Pediatría, Hospital Universitario de Fuenlabrada, Fuenlabrada, Madrid, España.

ABSTRACT

Introducción y Objetivos: En España fue aceptado en 2004 por la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios (AEMPS) el uso de hormona de crecimiento (HC) para el tratamiento de niños pequeños para su edad gestacional (PEG). El objetivo principal es analizar la efectividad del tratamiento con HC, evaluando la mejora de la talla en los primeros seis meses, al año y a los dos años de tratamiento con HC en niños PEG.

Como objetivos secundarios se evalúa la mejora de la talla en base a la edad de inicio de administración de HC y se analiza la seguridad.

Material y métodos: Se lleva a cabo un estudio descriptivo longitudinal no intervencional en niños diagnosticados de PEG y tratados con HC, seguidos en consulta de Endocrinología Infantil en un hospital de segundo nivel asistencial, que incluye población de Fuenlabrada, Moraleja de Enmedio y Humanes de Madrid.

Se incluyen los pacientes que cumplen los siguientes criterios:

1. Longitud y/o peso al nacimiento por debajo de -2 DE para su edad gestacional y respecto a su población de referencia, es decir, PEG.
2. Talla a los 4 años < -2.5 DE. Se excluyen de la muestra:
3. Sujetos con déficit de HC.
4. Sujetos con síndromes tales como síndrome de Prader-Willy, síndrome de Turner y síndrome de Down.

Se estudiaron los siguientes parámetros: sexo, edad gestacional, peso y longitud de recién nacido, talla diana, edad de inicio del tratamiento, edad ósea, estadio puberal, dosis inicial de HC, talla al inicio, a los seis meses, al año y a los dos años de tratamiento y efectos secundarios.

Para el análisis estadístico se utilizó el programa Excel 2010 y Epidat 3.1. Los valores de las variables cuantitativas se expresan como media y desviación estándar (DE). Los valores de las variables cualitativas se expresan como frecuencias y porcentajes. Se fija el nivel de significación estadística en una p menor de 0,05.

Resultados: 22 sujetos cumplen criterios de inclusión: 16 mujeres (73 %) y 6 hombres (27 %) ($p < 0,05$). Al nacimiento, la edad gestacional media fue de 37+1 semanas (DE: 3,2) con un peso medio de 2071 gramos (DE: 542,4) y una longitud media de 44 centímetros (DE: 6,9). La media para la talla diana fue de 159.52 cm (DE: 50,55).

La edad media al inicio del tratamiento de los niños fue 6,01 años (DE: 2,24) con un peso medio de 15,1 kilogramos (DE: 4,8). Todos los pacientes eran prepuberales en el momento de iniciar el tratamiento.

El 81,8% de los pacientes presentaban una edad ósea acorde a su edad cronológica, mientras que el 18,2% presentaban una edad ósea retrasada.

Las dosis de inicio suministradas de HC variaron entre 0,023 y 0,042 mg/kg/día (media: 0,033mg/kg/día, DE: 0,0048).

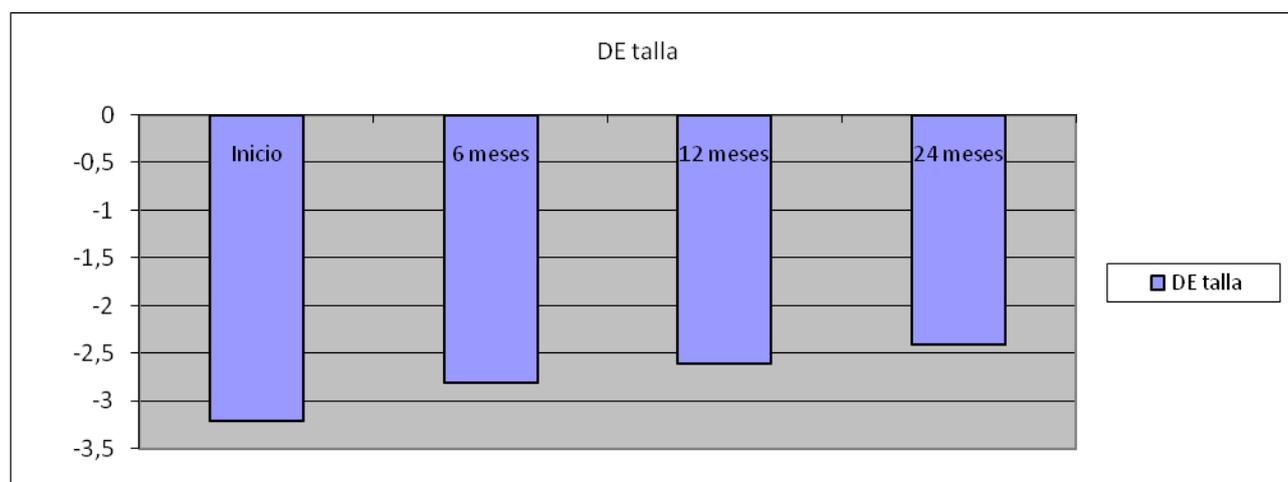
La DE de la talla media pasó de -3,2 (DE: 0,5) pretratamiento a -2,8 (DE: 0,7), -2,6 (DE: 0,7) y -2,4 (DE: 0,9) a los 6, 12, 24 meses respectivamente ($p < 0,05$). Gráfico 1

No existen diferencias en la ganancia de talla en cuanto a la edad de inicio del tratamiento ($p > 0,05$). 7 pacientes (32,5%) presentaron como efectos secundarios del tratamiento alteraciones metabólicas: 3 pacientes hipercolesterolemia leve (14%), 1 paciente hipertrigliceridemia (4,5%) y 3 pacientes hipotiroidismo subclínico (14%). 1 paciente presentó hipotensión (4,5%) y 2 hipertrofia amigdalina (9%). Por último 1 paciente (4,5%) comenzó con cojera a los seis meses de inicio de tratamiento diagnosticándose enfermedad de Legg-Calvé-Perthes bilateral.

Conclusión: El tratamiento con HC ha demostrado ser efectivo para mejorar la talla en niños diagnosticados de PEG.

No existen diferencias en cuanto a la edad de inicio del tratamiento, lo que puede deberse a que el tamaño muestral es pequeño.

Los efectos secundarios que se producen no llevan a la retirada del tratamiento en la mayor parte de los casos por lo que el uso de HC es seguro.



Bibliografía:

1. Cañete Estrada R, Cañete Vázquez MD, L van Donkelaar E. Tratamiento de los niños nacidos Pequeños para la Edad Gestacional con hormona de crecimiento. Rev Esp Endocrinol Pediatr 2012; 3(2):95-97.
2. Güemes Hidalgo M, Fernández de Larrea Bazc N, Muñoz Calvo MT, Argente J. Respuesta al tratamiento con hormona de crecimiento durante 3 años en niños pequeños para la edad gestacional: parámetros clínicos, hormonales y metabólicos. An Pediatr (Barc). 2013; 78(5):288-296.
3. L Klein M, Rapaport R. Growth Hormone Treatment in Children Born Small for Gestational Age Adult Height and Metabolic Consequences. US Endocrinology. 2010; 6:63-70.
4. Boguszewski M, Karlsson H, Wollmann H, Wilton P, Dahlgren J. Growth Hormone Treatment in Short Children Born Prematurely Data from KIGS. J Clin Endocrinol Metab. 2011; 96(6):1-7.
5. Dahlgren J and kerstin albertsson wikland. Final Height in Short Children Born Small for Gestational Age Treated with Growth Hormone. Pediatr Res. 2005; 57(2):216-222.

6. Fjellestad-Paulsen A, Czernichow P, Brauner R, Bost M, Colle M, Lebouc JY et al. Three-year data from a comparative study with recombinant human growth hormone in the treatment of short stature in young children with intrauterine growth retardation. *Acta Paediatr.* 1998; 8(5):511-517.
7. Leger J, Garel C, Fjellestad-Paulsen A, Hassan M, Czernichow P. Human growth hormone treatment of short-stature children born small for gestational age: effect on muscle and adipose tissue mass during a 3-year treatment period and after 1 year's withdrawal. *J Clin Endocrinol Metab.* 1998; 83(10):3512-3516.
8. Fjellestad-Paulsen A, Simon D, Czernichow P. Short children born small for gestational age and treated with growth hormone for three years have an important catch-down five years after discontinuation of treatment. *J Clin Endocrinol Metab.* 2004; 89(3):1234-1239.
9. Bercu BB, Murray FT, Frasier SD, Rudlin C, O'Dea LS, Brentzel J et al. Long-term therapy with recombinant human growth hormone (Saizen) in children with idiopathic and organic growth hormone deficiency. *Endocrine.* 2001; 15(1):43-49.

PARALISIS CEREBRAL INFANTIL (PCI): ESTUDIO DE 70 CASOS

Sonia Hernández Rodríguez^a, MA Martínez Granero^b, D Mazagatos Angulo^c

^a Estudiante de de 6º de Medicina. URJC.

^b Médico adjunto. Servicio de Pediatría. Neurología Infantil.

^c Residente de Pediatría. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid.

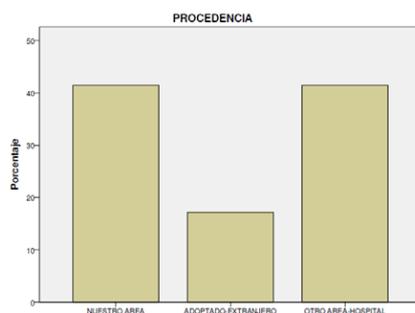
ABSTRACT

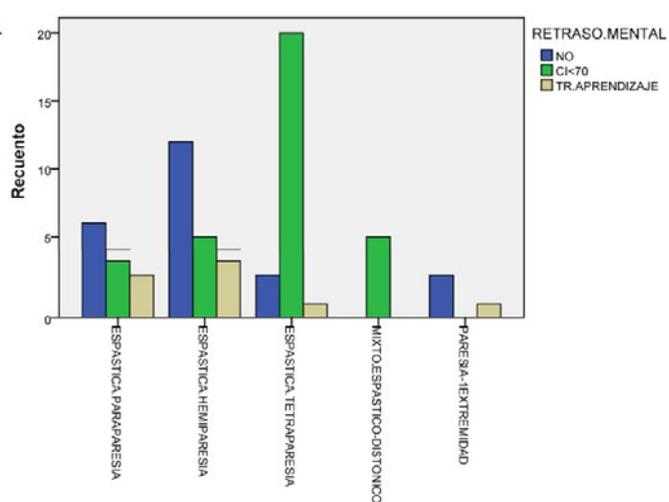
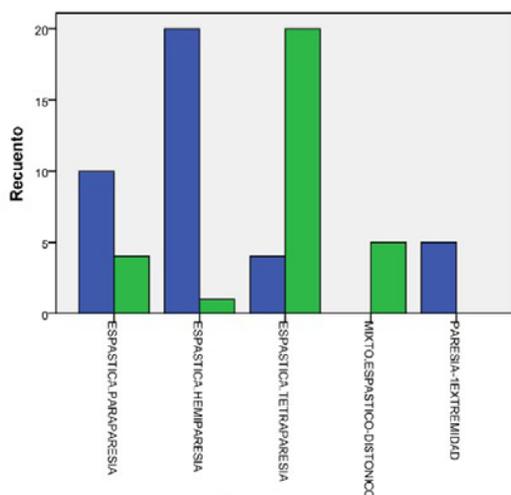
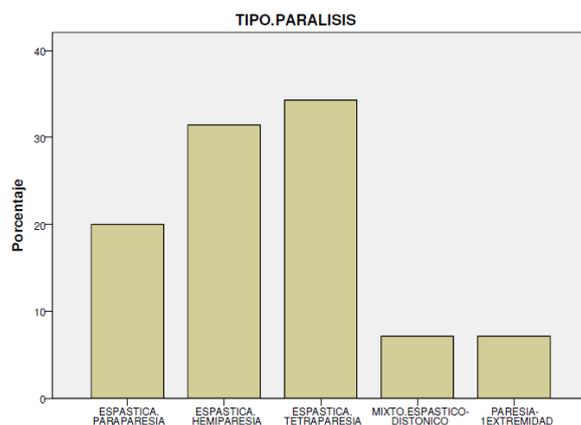
Objetivos: Conocer las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes con PCI atendidos en las consultas de pediatría del Hospital Universitario Fundación Alcorcón.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes diagnosticados de PCI entre los años 1999 -2013. Datos obtenidos de la Historia Clínica Electrónica. Se analizaron variables epidemiológicas, clínicas, diagnósticas y terapéuticas. El diagnóstico fue clínico en todos los casos. Se incluyeron pacientes que, a pesar de no disponer de los antecedentes del embarazo y de los periodos neonatal y perinatal, se hizo un diagnóstico diferencial y se evidenció un trastorno motor persistente que apareció antes de los 3 años y presentaba una lesión cerebral. Se excluyeron los datos no disponibles de pacientes debido a su seguimiento en otro centro. El estudio de las variables obtenidas fue realizado mediante el programa estadístico SPSS para Windows.

Resultados: 70 pacientes, predominio de varones (57.1%), mediana de edad al diagnóstico de 12 meses. Etiología: prenatal (50%), perinatal (35.7%), postnatal (8.6%). Tipo de parálisis más frecuente la espástica (85.7%). En el 41.4% de los casos seguimiento inicial realizado en otra área y el 17.1% son extranjeros/adoptados. TETRAPARESIA ESPÁSTICA (34.3 %): neuroimagen: hemorragia/LMPV 29% (7/24), malformación 25% (6/24); discapacidad intelectual (DI) 83%; epilepsia 66.6% (politerapia 56.2% y monoterapia 43.8%); tratamiento con Toxina Botulínica (TTB) 25%; cirugía 29%; dependientes 83.3%. HEMIPARESIA ESPÁSTICA (31.4%): hemorragia/LMPV 36 % (8/22), isquemia 31.8% (7/22); DI 22.7%; epilepsia 54.5% (monoterapia 66.6% y politerapia 33.4%); TTB 36%; cirugía 13.6%; independientes 91%. PARAPARESIA ESPÁSTICA (20%): hemorragia/LMPV 50%; DI 28.5%; sin epilepsia 100%; TTB: 57%; cirugía 50%; independientes 71%. ESPÁSTICO-DISTÓNICO (7.1%): malformación 40% (2/5); DI 100%; sin epilepsia 100%; TTB 40%; cirugía 20%; dependientes 100%.

Conclusiones: En nuestra serie destaca un alto porcentaje de adoptados/extranjeros, la mayoría tetraparéticos. Características clínicas similares a las descritas en la literatura: tetraparéticos de etiología diversa, la mayoría DI, epilepsia tratada con politerapia y dependencia grave; hemipléjicos con epilepsia frecuente, independientes y DI raro; dipléjicos por hemorragia/LMPV, sin epilepsia, habitualmente sin DI e independientes. Pensamos que el TTB ha mejorado la situación funcional de los pacientes con PCI.





Bibliografía:

1. Vázquez López M, Carrasco Marina ML. Parálisis cerebral infantil. Etiología, clínica y diagnóstico. Manual de Neurología Infantil. Publimed, 2008. p. 295-304
2. Bringas Grande A., Fernández Luque A., García Alfaro C., Barrera Chacón M., Toledo González M., Domínguez Roldán J.M. Parálisis cerebral infantil: estudio de 250 casos. Revista de Neurología 2002; 35 (9): 812-817
3. Cazorla Calleja MR, Verdú Pérez A, Alcaraz Rousselet MA. Parálisis cerebral infantil. Tratamiento y problemas comórbidos. Manual de Neurología Infantil. Publimed, 2008. p. 305-312
4. Póo Argüelles P. Parálisis cerebral infantil. Servicio de Neurología. Hospital Sant Joan de Dèu, Barcelona. Asociación Española de Pediatría. 2008
5. Pascual Pascual S.I. Guía terapéutica de la espasticidad infantil con toxina botulínica. Revista de Neurología 2007; 44 (5): 303-309
6. Novak I., Hines M., Goldsmith S., Barclay R. Clinical Prognostic Messages From a Systematic Review on Cerebral Palsy. Pediatrics 2012; 130(5): 1285-1312
7. Camacho Salas A., Pallás Alonso C.R., De la Cruz Bertolo J., Simón de las Heras R., Mateos Beato F. Parálisis cerebral: concepto y registros de base poblacional. Revista de Neurología 2007; 45 (8): 503-508

PANORÁMICA DE UNA CONSULTA DE CARDIOLOGÍA INFANTIL EN UN HOSPITAL SECUNDARIO

Martínez-Villasante Aleman A^a, Morán Roldán L^b y Crespo Marcos D^b

^a Estudiante de 6^o Medicina, Universidad Rey Juan Carlos, Alcorcón, Madrid

^b Sección de Cardiología Pediátrica, Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Alcorcón, Madrid

ABSTRACT

Objetivo: Describir los motivos de consulta, la epidemiología de los niños evaluados y el manejo de los mismos en la consulta.

Material y métodos: Estudio descriptivo transversal de los niños que acudieron por primera vez a las consultas de cardiología infantil con edad comprendida entre 0 y 17 años en el periodo de Julio a Octubre de 2013 en un hospital de segundo nivel de la Comunidad De Madrid (Hospital Universitario Fundación Alcorcón). Las variables recogidas fueron: edad, sexo, motivo de consulta, pruebas complementarias, diagnóstico final y seguimiento. La información fue recogida a través de la historia clínica informatizada recogida en la base de datos del programa Selene del hospital. Para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS Statistics versión 22.0. Se utilizaron tablas de frecuencias para las variables tanto cualitativas como cuantitativas, se utilizó la X^2 y la prueba exacta de Fisher para los datos cualitativos, y el test de la U de Mann Whitney para las variables cuantitativas. Se consideraron valores estadísticamente significativos cuando $p < 0,05$.

Resultados: Se atendieron 144 niños, de los cuales 74 eran varones (51,4%). Con una edad comprendida entre 1 día y 15,1 años y una mediana de edad de 4 años con un rango intercuartíl de 9 años. Agrupamos los niños por grupos de edad: menores de 1 mes (neonatos), de 1 mes a 2 años (lactantes), de 2 a 6 años (preescolares), de 6 a 12 años (escolares) y de 12 a 17 años (adolescentes). Observamos que el mayor número de consultas corresponde a lactantes $n=41$ (28,5%) y preescolares $n=39$ (27,1%).

El motivo de derivación a la consulta más frecuente fue por soplo cardíaco con $n=89$ (61,8%), con predominio del grupo de lactantes $n=34$ (23,6%). Seguido de síncope con $n=17$ (11,8%) donde predominan los escolares $n=11$ (7,6%) y dolor torácico con $n=12$ (8,3%) con los escolares como grupo de edad más frecuente $n=6$ (4,2%) ($p < 0,001$). Hubo diferencia en los motivos de consulta según el sexo de los pacientes en los síncope, $n=14$ (82,4%) se presentaron en niñas ($p=0,031$). En el resto de los motivos de consulta no hubo una clara diferencia según el sexo. En cuanto a las pruebas complementarias al 100% de los niños se le realizó electrocardiograma y ecocardiograma. Además se realizó holter ECG a $n=25$ (17,4%) con predominio en el grupo de escolares $n=10$ (6,9%). Radiografía de tórax $n=8$ (5,6%) sobre todo en preescolares $n=5$ (3,5%) y ergometría $n=4$ (2,8%) en escolares y adolescentes $n=2$ (1,4%) respectivamente ($p=0,016$). De los electrocardiogramas $n=106$ (73,6%) fueron normales. El hallazgo más frecuente fue el bloqueo incompleto de rama derecha $n=23$ (16%).

El resto de electrocardiogramas fueron patológicos $n=15$ (10,4%). Entre ellos predomina el bloqueo completo de rama derecha $n=5$ (3,5%), de los cuales $n=3$ corresponden a enfermedad cardíaca ($n=2$ a Tetralogía de Fallot y $n=1$ a Síndrome de Brugada), $n=1$ se asocia al hallazgo de QTc en el límite superior de la normalidad y el $n=1$ restante corresponde a soplo funcional.

El número de casos con diagnóstico final patológico fue $n=17$ (11,8%), de los cuales destaca la extrasístolia ventricular $n=3$ (2,1%) y la comunicación interventricular y tetralogía de Fallot ambos con $n=2$ (1,4%).

De los casos derivados a la consulta por soplo n=89 (61,8%) se diagnosticaron: comunicación interauricular ostium secundum pequeña n=12 (8,3%), foramen oval permeable n=10 (6,9%), comunicación interventricular n=2 (1,4%) y tetralogía de Fallot n=2 (1,4%). Es decir el 2,8% de los soplos eran por patología orgánica. El 100% de los soplos patológicos se diagnosticaron en el grupo de neonatos ($p < 0,001$).

Los soplos restantes n=63 (43,7%) se diagnosticaron de soplo funcional. Se dio el alta en la primera consulta a n=70 niños (48,6%).

Conclusión: Según los datos de nuestro estudio podemos concluir que el motivo de consulta más frecuente en cardiología infantil son los soplos, la gran mayoría se diagnostican de soplos funcionales como se describe en la literatura. Seguidos de los síncope y el dolor torácico.

El mayor número de consultas corresponde a lactantes, pero el grupo de edad en el que la patología orgánica fue más prevalente fueron los neonatos. Solo hemos encontrado diferencia por sexos en los síncope, más prevalentes en niñas. La técnica diagnóstica de elección para detectar malformaciones estructurales es la ecocardiografía, es un método no invasivo e inocuo con resultados inmediatos.

Es importante la exploración física con una exhaustiva auscultación junto con la realización de pruebas complementarias para descartar patología orgánica, ya que en un 2,8% se diagnosticaron cardiopatías congénitas.

Bibliografía:

- Subirana M. Cardiopatías congénitas: presente y futuro. Rev Esp Cardiol. 2005;58(12):1381-1384
- Ayala Curiel J. Cardiología para pediatras de Atención Primaria. Rev Pediatr Aten Primaria. 2009;11(Supl 17): s451-s456
- Tamariz-Mortel Moreno R. Los soplos cardiacos en la infancia. Pediatr Integral. 2008;11(8):745-752

REPERCUSIÓN DEL TRATAMIENTO ESTEROIDEO PROLONGADO SOBRE EL METABOLISMO FOSFOCÁLCICO EN EL SÍNDROME NEFRÓTICO IDIOPÁTICO

Alberto Jesus Servan Lopez ^a, Mar Espino Hernandez ^b, Rafael Peñalver Penedo ^b, Aranzazu Gallego ^b, Sara Lapeña ^b, Marta Ruperez Lucas ^b, Elia Perez Rodriguez^c

^a Estudiante De Medicina. Facultad De Ciencias De La Salud. Universidad Rey Juan Carlos.

^b Servicio De Pediatría Del Hospital Universitario Fundacion Alcorcon (HUFA).

^c Instituto De Investigacion Del Hospital Universitario Fundacion Alcorcon (HUFA).

ABSTRACT

Palabras clave: síndrome nefrótico, corticoesteroides, enfermedades óseas metabólicas.

Objetivo: evaluar el comportamiento de distintos parámetros analíticos relacionados con el metabolismo fosfocálcico en pacientes pediátricos con síndrome nefrótico tratados con esteroides y analizar su posible uso como predictor de afectación ósea.

Material y métodos: estudio longitudinal retrospectivo que incluyó a pacientes diagnosticados de síndrome nefrótico idiopático en el servicio de Pediatría del HUFA. Se excluyeron aquellos a los que se realizó biopsia y la histología no fue cambios mínimos, los que no disponían de densitometría y pérdidas en el seguimiento. Se recogieron en distintos momentos el calcio, fósforo, fosfatasa alcalina (FA) y albúmina en suero, el índice calcio/creatinina, proteinuria y reabsorción tubular de fosfatos (RTP) en orina de 24 horas, el Z- score de las densitometrías (Norland DEXA) y la dosis acumulada de corticoides. El análisis estadístico fue realizado con el programa SPSS. Los datos fueron recogidos de las historias clínicas, garantizando su confidencialidad. La principal limitación fue la disparidad existente entre los momentos de recogidas de datos, debido al carácter retrospectivo del estudio.

Resultados: se incluyeron 14 pacientes (8 niños y 6 niñas). La edad media al debut fue 49±6 meses, con una media de recaídas de 2,3±2,06 y una dosis media acumulada de corticoides de 419,83±208,23 mg/Kg. La media de los valores de calcio, fósforo, FA y RTP fue normal. El Z-score fue menor a -2 en cuatro pacientes (28%), en los cuales el índice calcio/creatinina era superior (0,24 vs 0,11), con una correlación $r = -0,671$ ($p=0,009$, IC95% -0,94 - -0,123) entre el índice y el Z- score, quedando la ecuación de regresión Z-score = - 0,73 - (6,07 x índice calcio/creatinina basal) con r^2 ajustado de 0,559. Se vio cómo sujetos con valores altos del índice desde el debut mantenían dichos niveles $r = 0,592$ ($p=0,026$, IC95% -0,049 - -0,901). Valores del índice superiores a 0,23 predecían un Z-score patológico (S 75% y E 100%, con un área bajo la curva de 0,85). Además se evidenció la relación inversa entre la dosis acumulada de corticoides y el Z-score a lo largo del tiempo $r = -0,833$ ($p=0,01$, IC95% -1 - 0,265).

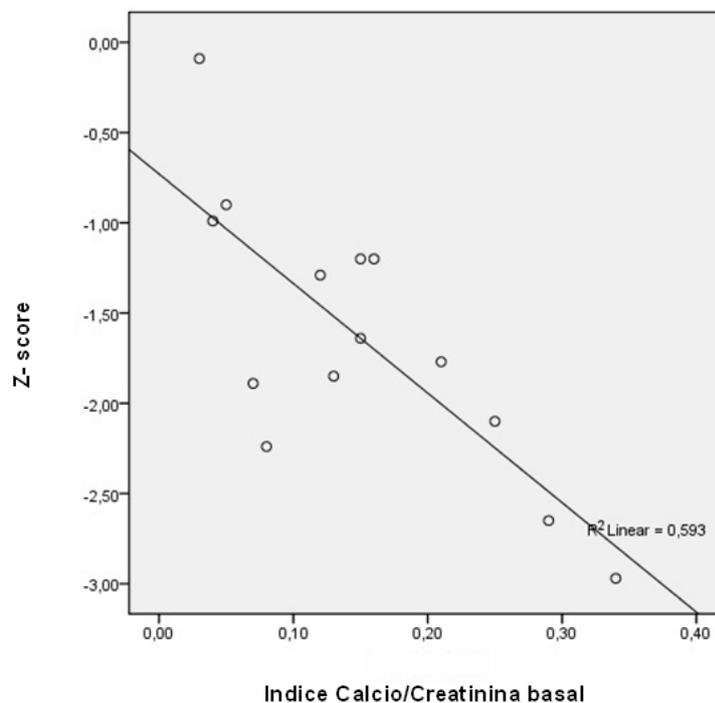
Discusión: nuestro trabajo no encontró alterados los niveles de calcio, fósforo ni RTP, hallazgo que apoyan otros estudios y descarta un hiperparatiroidismo secundario¹. La FA fue también normal, pese a que otra investigación la encontró elevada². Se postula que sea por mayor formación ósea en remisión de la proteinuria, aunque no encontramos correlación. El índice calcio/creatinina basal elevado resultó ser el parámetro que mejor predecía una densitometría patológica, no encontrándose estudios al respecto. La correlación negativa obtenida entre la dosis acumulada de corticoides y el Z-score confirmó la acción deletérea de los corticoides sobre la densidad mineral ósea ya descrita³.

Conclusión: los niños afectados de síndrome nefrótico que requieren tratamiento por periodos largos de tiempo con altas dosis de corticoides están en riesgo de desarrollar enfermedad ósea. Un índice calcio/creatinina basal elevado puede ser un buen predictor de afectación ósea en la densitometría. Pacientes con valores superiores a 0,23 podrían precisar un seguimiento clínico más estrecho.

Bibliografía:

1. Bak M, Serdaroglu E, Guclu R. Prophylactic calcium and vitamin D treatments in steroid-treated children with nephrotic syndrome. *Pediatr Nephrol.* 2006; 21: 350-354
- Koşan C, Ayar G, Orbak Z. Effects of Steroid Treatment on Bone Mineral Metabolism in Children with Glucocorticoid-sensitive Nephrotic Syndrome. *West Indian Med J.* 2012; 61(6): 627-630
2. Bacchetta J, Harambat J, Cochat P. Corticothérapie prolongée chez l'enfant: quelle place pour un traitement adjuvant dans le syndrome néphrotique? *Archives de Pédiatrie.* 2008; 15: 1685-1692

Figura 1:



LA PRESENCIA DE VIOLENCIA CONTRA LA MUJER EN LA PAREJA SE ASOCIA A LA APARICIÓN DE MALTRATO INFANTIL A EDAD MÁS TEMPRANA

Marta Furones^a, Sara Lapeña^b, Marta Pérez-Somarriba^b, Antonio Gancedo^c

^a Estudiante de Medicina.

^b Residentes de Pediatría y sus Áreas específicas.

^c Adjunto en Urgencias Pediátricas. Consulta de Pediatría Social H.U. Fundación Alcorcón.

ABSTRACT

Palabras clave: Maltrato infantil, violencia contra la mujer en la pareja, agresor.

Objetivo: El objetivo primario es estudiar si hay diferencia entre la edad media en la que se detecta el Maltrato Infantil (MI) en los niños cuyas madres sufren violencia contra la mujer en la pareja (VCMP) con respecto a los niños que no presentan este tipo de violencia familiar. Los objetivos secundarios son describir las características de los niños maltratados y estudiar la relación entre las variables más significativas.

Material y método: Se llevó a cabo un estudio descriptivo y analítico a partir de la información recogida en las historias clínicas del Hospital Universitario Fundación Alcorcón, desde mayo de 2007 hasta diciembre del 2013. La población objeto de estudio estuvo formada por todos los pacientes en edad pediátrica que fueron atendidos en la consulta de Pediatría Social del Hospital Universitario Fundación Alcorcón y que, provenientes de la Urgencia Pediátrica, se les diagnosticó MI. La muestra estuvo constituida por 104 niños. Las variables utilizadas fueron edad, sexo, agresor, tipo de maltrato y VCMP. Los resultados se analizaron con el programa estadístico SPSS, versión 21.0, y el gráfico se construyó con STATA 11.

Resultados: Se estudiaron 104 niños maltratados, de los que el 54.8% (57) fueron niñas. La media de edad fue de 7.7 (DS: 4.7) años. La distribución según el tipo de maltrato mostró que el 45.2% (47) fueron víctimas de maltrato físico; el 26.0% (27), de abuso sexual y el 15.4% (16), de psicológico. En un 42.3% (44) de los casos, el agresor identificado fue el padre. A continuación le siguen con un 19.2% (20) los compañeros y con un 16.3% (17), la madre. Estudiando la existencia de VCMP, ésta se confirmó en el 43.3% (45) de las familias. En el 19.2% (20) de ellas se desconocía este dato. Se demostró que los hijos de mujeres víctimas de VCMP sufren el MI con una media de edad de 6.5 (DS: 4.4) años, mientras que aquellos en los que no existe este tipo de violencia entre sus progenitores lo hacen con una media de 9.6 (DS: 4.8) años, y esta diferencia fue estadísticamente significativa (*ver figura 1 y 2*). Se hallaron diferencias significativas en el tipo de maltrato que sufren los niños en función del sexo, encontrándose en nuestra muestra que los varones sufren más maltrato físico, con un 59.6%, mientras que las mujeres más abuso sexual, con un 36.8%. Se encontraron diferencias en el perfil del agresor en función de la presencia o no de VCMP, de tal forma que el padre era el agresor en el 68.9% de los casos cuando existía esta violencia familiar y solo lo era en el 20.5% si no existía VCMP. Hubo diferencias en la edad de diagnóstico del MI en función del agresor y del tipo de MI. Se describió una edad media de 3.3 años (IC95% -2.9-9.5) cuando existía negligencia y de 12.9 años (IC95% 10.4-15.4) cuando tenía lugar acoso escolar. En nuestra muestra, si el agresor era el padre, el MI aparecía a una edad media de 6.0 años (IC95% 4.7-7.3), mientras que cuando lo eran los compañeros de clase, ésta edad media se desplazaba hasta los 10.7 años (IC95% 8.7-12.7).

Discusión y conclusión: El MI aparece a edad más temprana en los niños cuyas madres sufren VCMP. Por lo tanto, en las familias con este tipo de violencia los menores de corta edad suponen un colectivo especialmente vulnerable en los que es primordial la atención junto a sus madres. Así, se sugiere una línea de investigación que plantea la posibilidad de que la presencia de MI en niños muy pequeños pueda servir como signo de alarma para detectar y ayudar a posibles madres atrapadas en un círculo de violencia familiar. La VCMP y el MI son dos realidades enlazadas, incluso hay autores que consideran la VCMP un tipo de MI. Nuestros datos dibujan el perfil del niño maltratado: varón de 8 años, víctima de maltrato físico por parte del padre, quien también maltrata a la madre. El mayor abuso sexual en niñas y el maltrato físico en niños, así como la aparición de la negligencia en edades precoces son datos de nuestro estudio superponibles a investigaciones previas. Contrasta que otros trabajos señalan la negligencia como MI más frecuente, mientras en el nuestro estudio domina el maltrato físico y abuso sexual, debido tal vez a que son motivos más frecuentes de consulta en Urgencias. Uno de los datos llamativos es que en el 19.2% de los casos no se recoge en la historia clínica si existe VCMP a pesar de estar vinculado al MI, quizás por desinformación, miedo o por el oscurantismo que históricamente ha acompañado a este tipo de violencia. La escasez de estudios nacionales actuales, junto con la inexistencia de criterios unificados de definición y clasificación del MI y la importante subnotificación e invisibilidad del problema dan lugar al desconocimiento de las cifras precisas sobre la magnitud real de la situación. Los niños maltratados sufren consecuencias cognitivas, conductuales y neurobiológicas a largo plazo. En las familias con VCMP, muchos de los menores maltratados reproducen los comportamientos de sus progenitores, convirtiéndose en adultos maltratadores, por lo que la adecuada atención a estos niños es clave para evitar la perpetuación del ciclo de violencia. Tanto la VCMP como el MI son fenómenos universales y, en muchas ocasiones, invisibles, por lo que la educación de la población general se considera una estrategia prioritaria.

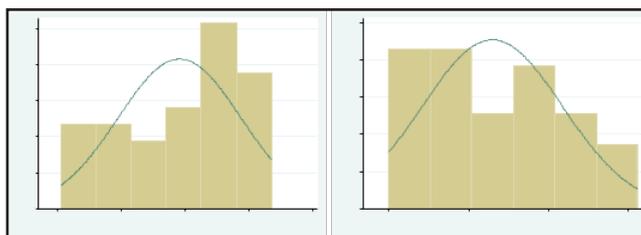


Figura 1. Edad de aparición del MI en familias sin VCMP. Figura 2. Edad de aparición del MI en familias con VCMP.

Bibliografía:

1. Atenciano B. Menores Expuestos a Violencia contra la Pareja: Notas para una Práctica Clínica Basada en la Evidencia. *Clínica y Salud*. 2009; 20(3): 261-272.
2. Cahil MD, Sherman, MD. Maltrato infantil y violencia familiar. *CuadMed Forense* 2006; 12(43-44):149-164.
3. Centro Reina Sofía: Informe maltrato infantil en la familia, España (1997-1998). Serie documentos 4, Centro Reina Sofía para el estudio de la Violencia. 2002.
4. Del valle J.F, Bravo A. Maltrato infantil: Situación actual y respuestas sociales *Psicothema*. 01/2002; 14(Supl):118-123.
5. Fundación ANAR (2008). Informe anual del teléfono del menor. Madrid, Fundación ANAR. Disponible en: http://www.anar.org/docs/informa_anual_2008.pdf.
6. Millán S., García E., Hurtado J.A., Morilla M., Sepúlveda P. Victimología infantil. *Cuad. med. forense*. 2006Abr; (43-44): 7-19.
7. Molnar BE, Buka SL, Kessler RC. Child sexual abuse and subsequent psychopathology: results from the National Comorbidity Survey. *Am J Public Health*. 2001; 91: 753-60.
8. Soriano Faura F.J. Promoción del buen trato y prevención del maltrato en la infancia en el ámbito de la Atención Primaria. *RevPediatr Aten Primaria*. 2009 Mar ; 11(41): 121-144.
9. Widom CS, Czaja S, Dutton MA. Child abuse and neglect and intimate partner violence victimization and perpetration: A prospective investigation. *Child Abuse Negl*. 2013 Dec 7.

EL ADOLESCENTE TDAH: UNA ETAPA CRÍTICA EN TIERRA DE NADIE

Centeno Rubiano, J.M.^a, Ricci, E.^{b,c}, Mazagatos Angulo, D.^c, Lorenzo Ruiz, M.^c Heras Sánchez, E.^c, García Pérez, A.^c, Martínez Granero, M.A.^c

^a Estudiante de 6º de Grado en Medicina de la Universidad Rey Juan Carlos.

^b Grupo Hospital de Madrid.

^c Hospital Universitario Fundación Alcorcón.

ABSTRACT

Palabras clave: Adolescente, Pediatría, Psiquiatría, Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad.

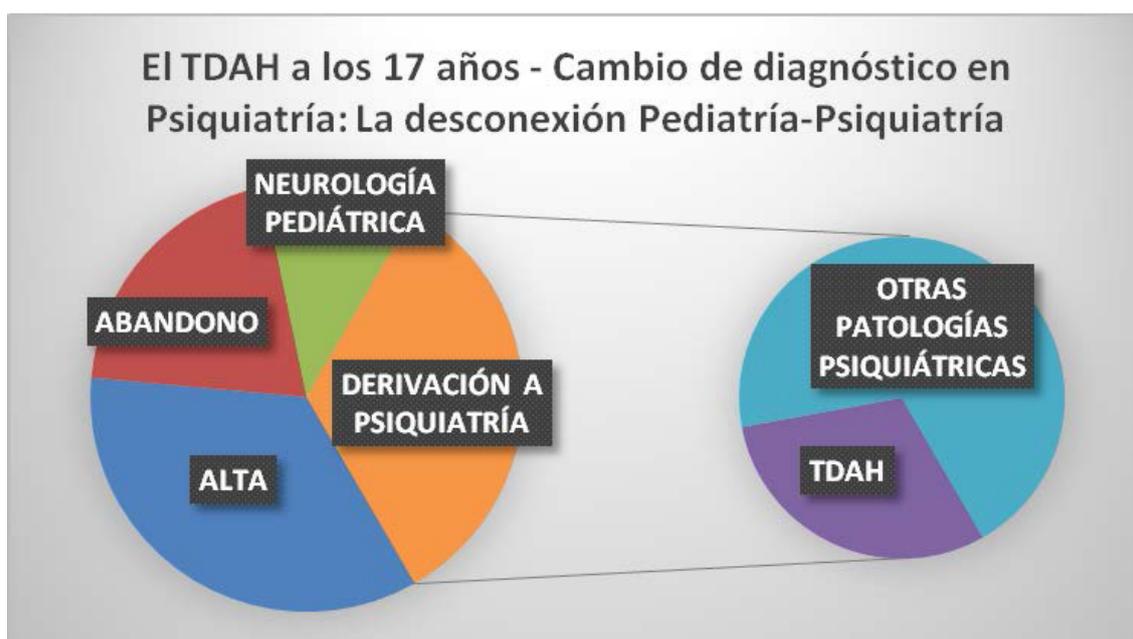
Objetivos: Analizar la evolución de los pacientes diagnosticados de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) tras la adolescencia así como determinar las características de su transferencia a la medicina de adultos.

Material y métodos: Estudio observacional descriptivo retrospectivo en el que se estudian todos los pacientes diagnosticados de TDAH con edades comprendidas entre 14 y 16 años (ambas inclusive) que acuden al Servicio de Neurología Pediátrica del Hospital Universitario Fundación Alcorcón (HUFA) desde 1998 hasta Diciembre del 2013 incluido. Como criterio de exclusión se define la presencia de una comorbilidad mayor presente anterior al TDAH que impida el desarrollo neuropsicológico normal del infante a la madurez adulta. En cada uno de los casos se recogen una serie de variables elegidas mediante la revisión de los datos guardados en la historia clínica electrónica tanto en la aplicación del HUFA SELENE[®] como los guardados en el sistema de la historia clínica compartida unificada de la Comunidad de Madrid, la plataforma HORUS. Los datos se registran y se gestionan en una base de datos mediante el programa Microsoft[®] Excel[®] 2013 y se realiza su análisis mediante el programa estadístico-matemático SPSS.

Resultados: De los 409 pacientes de edades comprendidas entre los 14 años y los 16 años vistos por el Servicio de Neurología Pediátrica desde 1998 hasta el 2013, tras eliminar los pacientes de patologías no TDAH y descartar todos los pacientes que no cumplieran los criterios de inclusión o presentaran algún criterio de exclusión se estudian 70 pacientes. De estos 70 pacientes 76% son varones y el 24% mujeres (53/17); 59% TDA y 41% TDAH (41/29); 56% de 14 años, 40% de 15 años y 4% de 16 años (39/28/3); y 25% con cociente intelectual ≥ 115 , 47% entre 115-100, 25% entre 100-85 y 3% entre 70-85 (17/33/18/2). Sobre los antecedentes el 9% había repetido primaria (6); el 19% había presentado trastorno conductual (13); el 9% trastorno del lenguaje (6); el 21% de lectoescritura (15); el 9% ansiedad (6); el 4% depresión (3); el 10% desmotivación (7); el 18% había recibido psicoterapia previamente (12); el 19% había tomado metilfenidato (MTF) previamente (13); y el 3% atomoxetina (ATM) previamente (2). Como tratamiento el 19% se remite a Salud Mental (13); el 72% toma solo MTF (51); el 6% solo ATM (4); y el 3% MTF y ATM (2). De ellos el 27% abandona (19); 44% responde (31); el 15% tiene una respuesta parcial (11); y el 14% no responde (10). A los 17 años el 35% se han dado de alta (24); el 20% han abandonado (14); el 12% sigue en Neurología Pediátrica (8); y el 33% se han remitido a Psiquiatría (23). De estos últimos consta que han ido 17, diagnosticándoseles a 5 de TDAH (29%), 4 de trastornos de personalidad (24%), 1 de ansiedad (6%), 3 de depresión (18%), 2 de TOC (12%), 1 de psicosis (6%) y 2 de consumo de drogas (12%) (Anexo 1). De estos 17 pacientes, 3 no reciben tratamiento farmacológico (18%), 10 MTF único (60%), 3 MTF asociado a otro fármaco (18%) y 1 con otros fármacos (6%). De los 46 pacientes que se les continúa el

seguimiento el 65% repiten la E.S.O. pero posteriormente titulan (30); el 15% cursan un programa de cualificación personal inicial (7); y el resto continúa con sus estudios.

Conclusiones: Durante muchos años el TDAH, al igual que otras muchas patologías pediátricas, se ha visto perjudicado por la transferencia precoz de los pacientes desde el Servicio de Pediatría a la medicina de adultos. Esto no se debe a la falta de conocimiento de esta entidad por los especialistas no pediátricos correspondientes sino porque el TDAH en varios casos conlleva un estigma y un temor a que la medicación altere la personalidad (reflejándose en este estudio en las altas tasas de abandono del seguimiento y del tratamiento) y para evitar esto es vital una relación de confianza con su médico, relación de confianza como la que tienen estos pacientes con los médicos que les llevan viendo desde pequeños, los pediatras. Así, aunque en este estudio (como pasa con la población general) con la entrada a la adolescencia y a medida que aumenta la edad, la prevalencia del TDAH disminuye exponencialmente, es recomendable recordar que el TDAH es una patología bastante invalidante a la hora del desarrollo educacional y profesional, muy importante en esta etapa para el desarrollo de los logros personales, que con un adecuado tratamiento y seguimiento (que como se comprueba en este estudio tiene unas buenas tasas de respuesta), puede llegar a niveles óptimos, pero que en algunas ocasiones, con la transferencia a la medicina de adultos, se pierde. Por todo ello, sería muy significativo poder prolongar esta tutela por parte del Servicio de Pediatría o fomentar la realización de sesiones entre el pediatra que lleva el paciente desde su diagnóstico y el profesional encargado de éste en adelante con el objetivo de suavizar la transición, acercar posturas y llegar a un territorio común, consiguiendo así el mejor entorno para el paciente y de esta manera el mejor pronóstico de la enfermedad y de las posibilidades futuras del adolescente TDAH.



Bibliografía:

1. Bilgiç, A., Türkoğlu, S., Ozcan, O., Tufan, A.E. et al. Relationship between anxiety, anxiety sensitivity and conduct disorder symptoms in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2013 Sep;22(9):523-32
2. Colomer-Diago, C., Berenguer-Forner, C., Tàrraga-Mínguez, R., Miranda-Casas, A. Estilos de disciplina y trastornos comórbidos de adolescentes con trastorno por déficit de atención/hiperactividad. Un estudio longitudinal. *Rev Neurol* 2014; 58 (Supl 1): S31-S36
3. Groenman, A.P., Oosterlaan, J., Rommelse, N., Franke, B. et al. Substance use disorders in adolescents with attention deficit hyperactivity disorder: a 4-year follow-up study. *Addiction*.

2013 Aug; 108(8):1503-11.

4. Lara, C., Fayyad, J., de Graaf, R., Kessler, RC. et al. Childhood predictors of adult attention-deficit/hyperactivity disorder: results from the World Health Organization World Mental Health Survey Initiative. *Biol Psychiatry*. 2009 Jan 1; 65(1):46-54. Epub 2008 Nov 12.

5. López-Ibor, A., Juan, J., Valdés, M. DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado. Barcelona: Masson; 2002

6. MacLeod, S., Appleton, R.E. Neurological disorders presenting mainly in adolescence. *Arch Dis Child* 2007 92: 170-175

7. Meinzer, M.C., Lewinsohn, P.M., Pettit, J.W., Seeley, J.R. et al. Attention-deficit/hyperactivity disorder in adolescence predicts onset of major depressive disorder through early adulthood. *Depress Anxiety*. 2013 Jun; 30(6):546-53.

8. Molina, B.S., Pelham, W.E., Cheong, J., Marshal, M.P. et al. Childhood attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and growth in adolescent alcohol use: the roles of functional impairments, ADHD symptom persistence, and parental knowledge. *J Abnorm Psychol*. 2012 Nov; 121(4):922-35.

9. Proyecto PANDAH. Informe PANDAH. El TDAH en España. Adelphi, 2013

Purgato, M, Cortese, S. Does psychostimulant treatment in children with ADHD increase later risk of substance use disorder? *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2014 Mar 18:1-3.

CORRELACIÓN ENTRE LA BILIRRUBINA TRANSCUTÁNEA Y LA BILIRRUBINA SÉRICA TOTAL EN RECIÉN NACIDOS ≥ 35 SEMANAS

Janira Fernández Mondelo^a, Susana de las Heras Ibarra^b

^a Alumno de 6º Grado en Medicina de la Universidad Rey Juan Carlos. Servicio de Pediatría Hospital Universitario de Fuenlabrada. Madrid.

^b Médico Adjunto de Pediatría del Hospital Universitario de Fuenlabrada. Unidad Neonatal. Madrid

ABSTRACT

Palabras clave: Neonato, hiperbilirrubinemia, Ictericia, Bilirrubina sérica, Bilirrubina transcutánea.

Introducción: La hiperbilirrubinemia es una condición común entre los neonatos y con un importante potencial de complicaciones graves. A la hora de identificar al recién nacido (RN) con hiperbilirrubinemia se pueden emplear métodos no invasivos de medición de la bilirrubina transcutánea (BTC) y métodos invasivos de medición de bilirrubina sérica (BST) mediante punción venosa o capilar. La medición de la BST supone una situación estresante para el recién nacido e implica dolor y riesgo de infección en la zona de punción. La medición de la BTC supone un método no doloroso, rápido y sencillo de manejar.

Objetivos: Determinar la correlación entre los valores de BTC medida con BiliChek® y BST medida por técnicas de Diazoacoplamiento en RN ≥ 35 semanas de edad gestacional en el Hospital Universitario de Fuenlabrada.

Los objetivos secundarios son: evaluar la validez de la BTC como método de screening de hiperbilirrubinemia en nuestro medio y analizar la influencia de algunas variables en la correlación entre BTC y BST.

Material y métodos: Estudio prospectivo observacional analítico transversal. Se identificaron 91 RN ≥ 35 semanas de gestación que cumplieran criterios de inclusión en el estudio entre un total de 671 RN en el Hospital de Fuenlabrada entre Octubre de 2013 y Enero de 2014. Se estimó un tamaño muestral (Bilichek®: especificidad 75%, potencia 98%) con una N mínima de 115 determinaciones simultáneas de BTC y BST. Se determinó la validez de la BTC (BiliChek®) como método de screening de hiperbilirrubinemia, utilizando el Normograma de Buthani para clasificar las cifras de BTC y BST. Se calculó el coeficiente de correlación entre BTC y la BST.

Resultados: En nuestra serie (91 RN) se realizaron un total de 128 determinaciones simultáneas de BTC y BST (tabla 1). Se realiza el estudio descriptivo de la muestra (tabla 2). Las determinaciones de BTC tienen una media de 14,24mg/dl (DE 2,9) mientras que las determinaciones de BST tienen una media de 12,38mg/dl (DE 2,95). La diferencia media entre las determinaciones simultáneas de BTC y BST fue 1,89mg/dl (DE 1,73).

El Coeficiente de correlación global entre los valores de BTC y de BST fue de 0,83 (IC 95% 0,767-0,877). La ecuación de predicción de BST fue: $y = 0,8348x + 0,4927$, donde y es el valor de BST y x es el valor de BTC.

Para cifras de BTC en zona de riesgo bajo o intermedio-bajo según el Normograma de Buthani (30 muestras) la diferencia media entre los valores de BTC y BST fue de 1,22 (DE 1,69), sobreestimando

el BiliChek® en un 83% de las muestras (25) e infraestimando en un 17% (5) y con un coeficiente de correlación entre las cifras de BTC y BST en estos valores de 0,73.

Para cifras de BTC en zona de riesgo alto o intermedio-alto (98 muestras) la diferencia media fue de 2,10 (DE 1,74), sobreestimando el BiliChek® en un 87% (82) e infraestimando en un 13% (12) y con un coeficiente de correlación de 0,75.

El Coeficiente de Correlación entre los valores de BTC y BST según raza y edad gestacional se expone en la tabla 3.

Los indicadores de validez para la BTC obtenidos son Sensibilidad 99% (IC del 95%: 95-100), Especificidad 54% (IC del 95%: 39-67), Valor predictivo positivo 75% (IC del 95%: 65-83) y Valor predictivo negativo 97% (IC del 95%: 88-100).

Conclusiones: Los resultados del estudio muestran una adecuada correlación entre los valores de BTC (BiliChek®) y BST (diazocoplamiento) en nuestro medio.

El coeficiente de correlación entre las cifras de BTC y BST en la zona de riesgo alto/intermedio-alto y bajo/intermedio-bajo son similares.

En la raza africana y en la prematuridad el coeficiente de correlación entre las cifras de BST y BTC es más bajo.

El bilirrubinómetro transcutáneo BiliChek® podría ser un método de screening adecuado de hiperbilirrubinemia en RN \geq 35 semanas dada su buena sensibilidad y valor predictivo negativo.

Bibliografía:

1. Karon B, Teske A, Santrach P, Cook W. Evaluation of the BiliChek Noninvasive Bilirubin Analyzer for Prediction of Serum Bilirubin and Risk of Hyperbilirubinemia. *Am J Clin Pathol* 2008; 130:976-982.
2. Rubaltelli F, Gourley G, Loskamp N, Modi N, Roth-Kleiner M, Sender A, Vert P. Transcutaneous Bilirubin Measurement: A Multicenter Evaluation of a New Device *Pediatrics* 2001; 107:1264-1271.
3. Jangaard K, Curtis H, Goldbloom R. Estimation of bilirubin using BiliChek™, a transcutaneous bilirubin measurement device: Effects of gestational age and use of phototherapy. *Paediatr Child Health*. 2006; Vol 11(2): 79–83.
4. Hoppenot C, Emmett G. Neonatal bilirubin triage with transcutaneous meters: when is a blood draw necessary? *Pediatrics*. 2012;Vol 2(4); 215-20.
5. Campbell D, Danayan K, McGovern V, Cheema S, Stade B, Sgro M. Transcutaneous bilirubin measurement at the time of hospital discharge in a multiethnic newborn population. *Paediatr Child Health* 2011; Vol 16(3):141-145.
6. Briscoe L, Clark S, Yoxall CW. Can transcutaneous bilirubinometry reduce the need for blood tests in jaundiced full term babies? *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed*. 2002; Vol 86(3):F190-2.
7. Varvarigou A, Fouzas S, Skylogianni E, Mantagou L, Bougioukou D, Mantagos S. Transcutaneous Bilirubin Nomogram for Prediction of Significant Neonatal Hyperbilirubinemia. *Peds*.2009; 2322.

Tabla 3.

Variable	Coefficiente de correlación
Raza	
- Caucásica	0,80
- Magrebí	0,71
- Africano	0,58
- Asiático	0,90
- Sudamericano	0,79
Edad gestacional	
- Pretérmino (<37 semanas)	0,71
- Término (\geq 37 semanas)	0,81

Tabla 1. Diagrama de población de estudio.

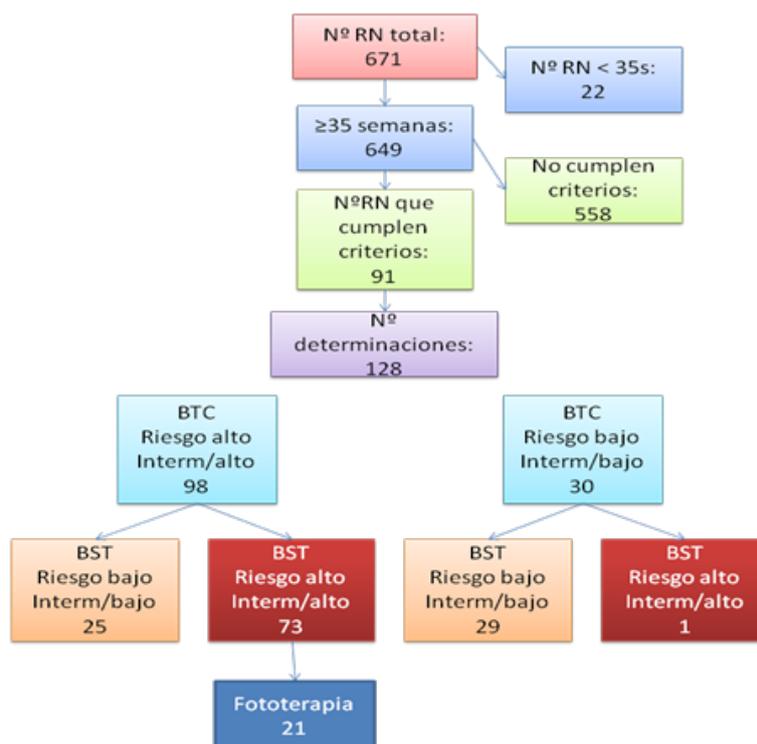


Tabla 2. Estudio demográfico de la población (n=91).

Variables	
Sexo	
- Mujeres	47 (52%)
- Hombres	44 (48%)
Raza	
- Caucásica	60 (66%)
- Magrebi	10 (11%)
- Africano	7 (8%)
- Asiático	2 (2%)
- Sudamericano	12 (13%)
Tipo de alimentación	
- Lactancia materna	66 (72%)
- Lactancia artificial	9 (10%)
- Lactancia mixta	16 (18%)
Tipo de parto	
- Eutócico	61 (67%)
- Ventosa	7 (8%)
- Fórceps	6 (6%)
- Cesárea	17 (19%)
Causa	
- Isoimmune	16 (18%)
- Lactancia materna	71 (78%)
- Infecciosa	3 (3%)
- Poliglobulia	1 (1%)
Origen	
- Domicilio	5 (5%)
- Maternidad	18 (20%)
- Unidad neonatal	68 (75%)
Antibióterapia	
- Si	4 (4%)
- No	87 (96%)
Fototerapia	
- Si	33 (36%)
- No	58 (64%)

VIII. BLOQUE DE CARDIOLOGÍA Y NEUMOLOGÍA

MEJORA DEL PERFIL LIPÍDICO TRAS UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN CARDIACA

Cristina Arévalo Martín^a, Raquel Campuzano Ruiz^b, Javier Botas Rodríguez^c

^a Estudiante de sexto de Grado en Medicina de la Universidad Rey Juan Carlos.

^b Médico especialista en Cardiología, Hospital Universitario Fundación Alcorcón.

^c Jefe de Unidad de Cardiología del Hospital Universitario Fundación Alcorcón.

ABSTRACT

Palabras clave: prevención, enfermedad coronaria, terapia por ejercicio.

Introducción: Las enfermedades cardiovasculares constituyen la principal causa de mortalidad en los países industrializados¹. Tras padecer un primer evento cardiovascular la probabilidad de padecer un segundo es alta, de ahí la importancia y necesidad de los programas de prevención para evitar que la enfermedad cardiovascular progrese, reduciendo el daño y buscando la integración y adaptación del paciente².

La Rehabilitación Cardíaca (RC) está orientada a reducir la evolución de la enfermedad cardíaca y la discapacidad originada por ésta, así como ayudar a mantener a largo plazo una adherencia terapéutica óptima por medio de la educación del paciente, incidiendo en la importancia de mantener los tratamientos y cambios en el estilo de vida que se han recomendado^{3,4,5}. Todo ello conlleva una disminución de la morbi-mortalidad, favorece el retorno laboral y mejora además la calidad de vida de los pacientes^{6,7}.

Objetivo: Describir la eficacia de un programa de Rehabilitación Cardíaca en la mejora del perfil lipídico.

Material y métodos: Estudio cuasi-experimental. Se estudiaron los 78 pacientes del Servicio de Cardiología del Hospital Universitario Fundación Alcorcón incluidos en el primer año del programa de RC, activo desde el 1 de marzo de 2013. La indicación para el programa de RC fue en el 95% la cardiopatía isquémica, en el 5% restante valvulopatías. Se estudiaron las variables sexo, edad, colesterol total, colesterol LDL, colesterol HDL, triglicéridos, IMC y perímetro abdominal. Los datos se recogieron a través de la historia clínica y de los resultados de los parámetros analíticos mediante SELENE®. El análisis de los datos se realizó con el programa SPSS v17. Las variables cuantitativas se describieron según su media y desviación estándar. Las variables cualitativas se describieron mediante su distribución de frecuencias y porcentaje. La comparación estadística se realizó mediante t de Student para medidas repetidas. El nivel de significación estadística se estableció en un valor de $p < 0,05$.

Resultados: Se estudiaron un total de 78 pacientes, de los cuales 69 eran varones (88,5%) y 9 mujeres (11,5%). La edad media de los pacientes fue 54,3 años (DE = 11,2). Del total de 78 pacientes estudiados 31 presentaban HTA (39,7%), 15 DM (19,2%) y 42 dislipemia (53,8%). El IMC medio al inicio del programa era 28,9 Kg/m² (DE = 4,2). El perímetro abdominal medio inicial fue 99,3 cm (DE = 10,4). El colesterol total medio pretratamiento era 165,4 mg/dl (DE = 37,6), el LDL 95,5 mg/dl (DE = 28,3), HDL 39,3 mg/dl (DE = 10,6) y los triglicéridos 140,6 mg/dl (DE = 75,5). Todos recibían estatinas a alta dosis desde el Síndrome Coronario Agudo.

El programa de RC consiguió una disminución media significativa de 39,5 mg/dl de colesterol total (IC 95% 27,1-51,8; $p < 0,05$). El LDL se redujo de manera significativa en 29,6 mg/dl de media (IC 95%

20,8-38,3; $p < 0,05$), mientras que el HDL aumentó de manera no significativa en 1,6 mg/dl de media (IC 95% -3,8-0,7; $p > 0,05$). Los triglicéridos también disminuyeron de manera significativa en 28,9 mg/dl de media (IC 95% 9-48,9; $p < 0,05$). Además también se redujeron de manera significativa el perímetro abdominal en 2,6 cm (IC 95% 1,9-3,2; $p < 0,05$) y el IMC en 0,44 Kg/m² (IC 95% 0,2-0,6; $p < 0,05$). El resto de valores se incluyen en la *tabla 1*.

Conclusiones: Se ha obtenido una clara mejora del perfil lipídico tras el programa de RC, principalmente por descenso de LDL. El 88% de los pacientes al alta presentaban LDL < 70 mg/dl, consiguiendo así los objetivos de las guías clínicas para pacientes con enfermedad cardiovascular. Asimismo, el colesterol total postratamiento es inferior a 175 mg/dl (<155 mg/dl recomendable si es factible) y los niveles de triglicéridos inferiores a 150 mg/dl como se recomienda. Al contrario de lo esperable con la práctica de ejercicio físico el HDL no ha aumentado de manera significativa, por lo que quizá sea necesario realizar hábitos cardiosaludables durante más tiempo para que se observe un incremento significativo.

Esta mejora en el perfil lipídico se debe a la asociación del ejercicio a la terapia farmacológica, además de la educación del paciente de una manera multidisciplinar para modificar su estilo de vida y lograr una adherencia terapéutica a largo plazo. En el contexto socioeconómico actual cada vez son más importantes los aspectos preventivos dentro de la planificación sanitaria, por lo que las Unidades de Rehabilitación Cardíaca representan un papel fundamental dentro los Servicios de Cardiología.

Bibliografía:

1. Las diez principales causas de defunción. WHO.int. Disponible en: <http://www.who.int/> [10/04/2014 17:25] <http://www.who.int/features/qa/18/es/>
2. Roger VL, Go AS, Lloyd-Jones DM, Adams RJ, Berry JD, Brown TM et al. Heart disease and stroke statistics--2011 update: a report from the American Heart Association. *Circulation* 2011 1; 123(4):e18-e209.
3. Massimo F. Piepoli, Ugo Corrà, Werner Benzer, Birna Bjarnason-Wehrens, Paul Dendale, Dan Gaita et al. Secondary prevention through cardiac rehabilitation: physical activity counselling and exercise training. *Eur Heart J.* 2010; 31(16):1967- 1974.
4. Guía europea sobre prevención de la enfermedad cardiovascular en la práctica clínica. *Rev esp Cardiol* 2012;65: 938: e1-e50.
5. Chow CK, Jolly S, Rao-Melacini P, Fox KA, Anand SS, Yusuf S. Association of diet, exercise, and smoking modification with risk of early cardiovascular events after acute coronary syndromes. *Circulation.* 2010 Feb 16; 121(6):750-8.
6. Giannuzzi P, Temporelli PL, Marchioli R, Maggioni AP, Balestroni G, Ceci V et al. Global secondary prevention strategies to limit event recurrence after myocardial infarction: results of the GOSPEL study, a multicenter, randomized controlled trial from the Italian Cardiac Rehabilitation Network. *Arch Intern Med.* 2008 Nov 10; 168(20):2194-204.
7. Redfern J. Expanded cardiac rehabilitation reduces cardiac events over five years. *J Physiother* 2011; 57(1):57.

Tabla 1. Valores pre y postratamiento y su variación.

VARIABLES	PRETRATAMIENTO	POSTRATAMIENTO	VARIACIÓN
	O	Media (DE)	Media (IC 95%; p)
Colesterol total (mg/dl)	165,4 (37,6)	125,3 (30,4)	39,5 (27,1-51,8; $p < 0,05$)
LDL (mg/dl)	95,5 (28,3)	64,5 (21,7)	29,6 (20,8-38,3; $p < 0,05$)
HDL (mg/dl)	39,3 (10,6)	40,9 (9,7)	1,6 (-3,8-0,7; $p > 0,05$)
Triglicéridos (mg/dl)	140,6 (75,5)	110,9 (44,1)	28,9 (9-48,9; $p < 0,05$)
IMC (Kg/m²)	28,9(4,2)	28,5 (4,1)	0,44 (0,2-0,6; $p < 0,05$)
Perímetro abdominal	99,3 (10,4)	96,2 (10,3)	2,6 (1,9-3,2; $p < 0,05$)

FACTORES PREDICTORES DE ENFERMEDAD ARTERIOSCLERÓTICA EN MÚLTIPLES TERRITORIOS, EN PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO

Sergio Holgado^a, Ana Huelmos^b, Javier Botas^c, María Velasco^d

^a Estudiante de 6º curso de Grado en Medicina de la Universidad Rey Juan Carlos. Alcorcón. Madrid. España.

^b Departamento de Cardiología. Fundación Hospital Alcorcón. Alcorcón. Madrid. España.

^c Jefe de departamento de Cardiología. Fundación Hospital Alcorcón. Alcorcón. Madrid. España.

^d Departamento de Medicina Interna. Fundación Hospital Alcorcón. Alcorcón. Madrid. España.

ABSTRACT

Palabras clave: Factores de riesgo cardiovascular. Enfermedad coronaria. Arterioesclerosis.

Introducción y objetivos: La arterioesclerosis es una enfermedad sistémica que afecta a la generalidad del árbol vascular, pudiendo existir lesiones tanto sintomáticas como asintomáticas en uno o múltiples territorios. Aquellos pacientes que tienen lesiones en múltiples localizaciones, tienen peor pronóstico que aquellos que las tienen en un solo territorio arterial. El objetivo del estudio es analizar la prevalencia de los factores de riesgo (FRC) tradicionales, así como de diversas condiciones que pudiesen actuar como factor predictor independiente de arterioesclerosis en otros territorios del árbol arterial, es decir, de enfermedad arteriosclerótica multiterritorio (EAM) en pacientes con síndrome coronario agudo (SCA).

Pacientes y método: Se realizó un estudio en el que se incluyó de manera prospectiva a los pacientes que acudieron al Hospital Fundación Alcorcón, con diagnóstico de SCA, de manera sucesiva entre el 1 de Octubre de 2013 al 31 de Enero de 2014. La muestra reunió a 89 pacientes que se dividieron en dos grupos en función de la existencia o no de lesiones arterioescleróticas en territorios extracoronarios, ya fuera enfermedad arterial periférica (EAP), enfermedad cerebrovascular (ECV), aneurismas de aorta, estenosis carotídea o trombosis arterial periférica.

Se evaluaron los FRC tradicionales a través de las variables antecedente SCA, diabetes mellitus (DM), dislipemia, edad, enfermedad renal crónica (ERC), hipertensión arterial (HTA), mal control metabólico de la DM, tabaquismo y sexo; la extensión de la afectación coronaria a través de las variables lesión del tronco coronario izquierdo (TCI) y número de vasos coronarios lesionados; el tratamiento de la dislipemia a través de la variable uso de estatinas; y las concentraciones séricas de colesterol total, cLDL, cHDL, triglicéridos y HbA1C. Las fuentes de información utilizadas fueron la historia clínica y los registros analíticos de los pacientes.

Para el análisis estadístico, en primer lugar se utilizaron la prueba de χ^2 , la prueba de t de Student cuando los valores seguían una distribución normal y la prueba de U de Mann-Whitney cuando no la seguían, para comparar las variables entre los dos grupos. Seguidamente se realizó una regresión logística binaria bivariable entre las variables en las que existían diferencias entre ambos grupos ($p < 0.01$) y la existencia de EAM. Finalmente se realizó una regresión logística binaria multivariable en la que se incluyeron aquellas variables que mostraron una asociación significativa ($p < 0.05$) en la regresión logística binaria bivariable, con el fin de determinar la existencia de asociación de modo independiente, entre estas variables con la existencia de EAM.

Resultados: El grupo SCA acogió a 68 pacientes (76,4% del total) y el grupo SCA-EAM a 21 pacientes (23,6% del total), de los cuales 11 (52,4% del grupo SCA-EAM) presentaban EAP, 9 (42,9% del

grupo SCA-EAM) presentaban ECV, 5 (23,8% del grupo SCA-EAM) presentaban aneurisma aórtico, 5 (23,8% del grupo SCA-EAM) presentaban estenosis carotídea y 1 (4,8% del grupo ACA-EAM) presentaba trombosis arterial.

Los pacientes del grupo SCA-EAM eran más viejos [72,29 años frente a 65,54 años ($p=0.009$)] y tenían una prevalencia significativamente mayor de antecedente de SCA [52,4% frente a 14,7%, ($p<0.001$)], de DM [52,4% frente a 27,9%, ($p=0,038$)], de dislipemia [85,7% frente a 60,3%, ($p=0.031$)], de HTA [85,7% frente a 48,5%, ($p=0.003$)] y de tto. Con estatinas [89,5% frente a 46,3%, ($p=0.002$)]. Las concentraciones de HbA1C eran significativamente mayores en el grupo SCA-EAM [mediana de 6,05 frente a 5,5, ($p=0.048$)]. Por otro lado, en el grupo de SCA-EAM también existía una mayor prevalencia, en este caso casi significativa ($p<0.1$), de lesión del TCI [31,6% frente a 13,8%, ($p=0.076$)].

El análisis de regresión logística binaria bivariante mostró que tanto el antecedente de SCA [OR=6,38, IC95%= 2,15- 18,94, ($p=0.001$)], la diabetes [OR=2,84, IC95%= 1,04-7,77, ($p=0,042$)], la dislipemia [OR=3,95, IC95%= 1,06-14,72, ($p=0.041$)], la edad [OR=1,05, IC95%= 1,002-1,09, ($p=0.039$)] y la HTA [OR=6,36, IC95%= 1,71-23,62, ($p=0.006$)] eran factores predictores de EAM.

El análisis de regresión logística binaria multivariante mostró que tanto el antecedente de SCA [OR=4,76, IC95%= 1,53- 14,82, ($p=0.007$)] y la HTA [OR=4,72, IC95%= 1,21-18,38, ($p=0.025$)] son factores predictores de EAM independientes.

Discusión: La existencia de FRC que actúan como factores predictores de lesiones arterioescleróticas comorbidas en territorios extracoronarios, es el resultado más importante del estudio. Dicho resultado es semejante a los obtenidos en los escasos estudios similares y de él, se pueden derivar consecuencias de utilidad a la práctica clínica. De este modo, sería beneficiosa la búsqueda de afectación arterioesclerótica en otras localizaciones del árbol vascular, posiblemente asintomática, en todo aquel paciente que sufre un SCA y que presenta HTA o ha padecido un SCA previo.

Esta búsqueda generalmente precisa de métodos no invasivos como son el índice tobillo-brazo o la ecografía, y de identificar a pacientes con EAM, permitiría instaurar medidas preventivas como la modificación más agresiva de sus FRC, con el objetivo de mejorar el pronóstico de dichos pacientes.

En cuanto a las limitaciones del estudio, la principal limitación es el reducido tamaño muestral, ya que quizá esto impide que algunas tendencias detectadas en el estudio alcancen la significación estadística. Ejemplo de esto es la prevalencia de lesión del TCI, que pese a ser superior en el grupo SCA-EAM y mostrarse como factor predictor de EAM, no alcanza una significación estadística, que de mantenerse en una muestra más numerosa, podría alcanzar.

Conclusiones: Múltiples FRC tradicionales y diversas condiciones, son más prevalentes en pacientes con SCA y afectación arterioesclerótica comorbida en otros territorios arteriales, y de entre ellos, el antecedente de SCA y la HTA actúan como factores predictores independientes de enfermedad arterioesclerótica multiterritorio, en pacientes que presentan un SCA.

Bibliografía:

1. Ana Huelmos, Julia Jiménez, Carlos Guijarro, Juan C. Belinchon, Enrique Puras, Carmen Sánchez, María L. Casas y Lorenzo López-Bescos. Enfermedad arterial periférica desconocida en pacientes con síndrome coronario agudo: prevalencia y patrón diferencial de los factores de riesgo cardiovascular tradicionales y emergentes. Rev Esp Cardiol. 2005; 58(12): 1403-10.
2. Yoichi Imori,, Takeshi Akasaka, Tomoki Ochiai, Kazuma Oyama, Kazuki Tobita, Koki Shishido, Yu Nomura, Futoshi Yamanaka, Kazuya Sugitatsu, Nobuhiro Okamura, Shingo Mizuno, Ken Arima, Hidetaka Suenaga, Masato Murakami, Yutaka Tanaka, Junya Matsumi, Saeko Takahashi, Shinji Tanaka, Satoshi Takeshita, and Shigeru Saito. Co-Existence of carotid artery disease, renal artery stenosis, and lower extremity peripheral arterial disease in patients with coronary artery disease. Am J Cardiol. 2014; 113(1): 30-5

MORBILIDAD FEMENINA DIFERENCIAL: UN ACERCAMIENTO DESDE EL PUNTO DE VISTA CLÍNICO Y PSICOSOCIAL EN PACIENTES CON SCACEST

Camino Pérez^a, Roberto del Castillo^b, Elena Batlle^b

^a *Estudiante de 6º curso de Medicina. Universidad Rey Juan Carlos.*

^b *Facultativo especialista de área en Cardiología, Hospital Universitario Fundación Alcorcón.*

ABSTRACT

Introducción: La androcéntrica medicina occidental ha puesto tradicionalmente el foco en la investigación en el hombre, lo que se ha señalado como un posible sesgo a la hora de diagnosticar y tratar a la población femenina.^{1, 2,6} Esto puede dar lugar a consecuencias realmente importantes en casos de morbilidad femenina diferencial, entendida como el conjunto de formas de enfermar y factores de riesgo propios de las mujeres. Aunque en las últimas décadas un gran número de estudios han analizado las diferencias entre varones y mujeres en cuanto a características clínicas y de tratamiento, pocos han prestado atención al perfil socioeconómico y sus potenciales implicaciones en la modificación de los hábitos de vida en pacientes que ingresan por un infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST.^{3,4,5}

Objetivo: Analizar las diferencias en función del sexo en las características de presentación clínica, factores psicosociales y demográficos, manejo y curso hospitalario en los pacientes del Hospital Universitario Fundación Alcorcón (HUFA) que acuden por síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST (SCACEST).

Material y métodos: Estudio observacional descriptivo prospectivo de 53 pacientes ingresados en el servicio de Cardiología del HUFA entre el 13/01/2014 y 12/04/2014 con diagnóstico de SCACEST a los que se les realiza y sobreviven a una revascularización percutánea, de los cuales 14 (26%) fueron mujeres y 39 (74%) fueron hombres (nos referiremos a los dos grupos en este orden en adelante). Se elaboró un cuestionario específico para la obtención de las características socioeconómicas, psicosociales y clínicas, que se facilitaba a los pacientes durante su estancia en la planta de cardiología en los días posteriores a la revascularización. Los datos relativos al tratamiento se obtuvieron de la base de datos GREVO[®], mientras que la evolución intrahospitalaria se controló a través de la historia clínica electrónica Selene[®]. Para el análisis estadístico se utilizó el paquete SPSS v20. La comparación de variables continuas se realizó mediante la prueba T-Student o test no paramétricos cuando la variable no seguía una distribución normal. Para comparar las variables dicotómicas o cualitativas se empleó la prueba de Chi-cuadrado o el test de Fisher cuando fue requerido por un número de casos inferior a 5. Se determinó el valor de $p < 0.05$ bilateral para el nivel de significación estadística.

Resultados:

Factores sociodemográficos: La edad media en mujeres fue significativamente mayor que entre hombres ($74.2 \pm 12,4$ vs. $62.5 \pm 14,2$ años). No se apreciaron diferencias de significación estadística en los factores de riesgo cardiovascular clásicos excepto para la hipercolesterolemia (71% vs. a 36%, $p=0.03$); aunque cabe señalar las diferencias en relación al hábito tabáquico: 29% de fumadoras activas frente a 51%, y 0% de exfumadores frente a 79% en varones. En cuanto a las variables socioeconómicas, las mujeres presentaron un porcentaje más alto de inactividad (77% vs. 61%) y nivel de estudios básico o inferior (85% vs. 52%), una mayor proporción se encontraron en estado de viudedad (46% vs. 0%) y desempleo (46% vs. 6%) sin alcanzar diferencias estadísticamente significativas.

Características del dolor torácico: La proporción de mujeres con síntomas típicos para angina fue significativamente menor que en hombres (50% vs. 92% $p=0.002$). Por el contrario, la mayor presencia de síntomas atípicos derivó de los siguientes componentes: dolor mandibular (43% vs. 3%, $p=0.001$), náuseas (64% vs. 24%, $p=0.028$), vómitos (64% vs. 15%, $p=0.001$), molestia abdominal (20% vs. 0%, $p=0.016$) y astenia (57% vs. 13%, $p=0.002$).

Tratamiento del SCACEST y evolución hospitalaria: No hubo diferencias significativas ($p>0.05$) entre ambos grupos en cuanto al tiempo puerta-angioplastia (74,3 vs. 63,9 minutos), empleo de acceso arterial radial (82,3 % vs. 84,7%), uso de stent liberador de fármacos (18,2% vs. 25%), éxito del procedimiento (91,7% vs. 93,9%) ni mortalidad intrahospitalaria por causa cardíaca (7,7% vs. 2,6%); pero se observó un mayor porcentaje de ictus en mujeres (14,3% vs. 0%, $p=0,016$).

Percepción subjetiva del episodio: La gravedad percibida media (medida por una escala del 0 al 10, de "ninguna" a "fatal") fue significativamente mayor en mujeres que en hombres: $9,2\pm 1,0$ y $7,8\pm 1,8$. El porcentaje de mujeres que manifestaron intención de adoptar medidas para adquirir hábitos vida saludables tras sufrir un infarto fue significativamente menor (33% vs. 80%, $p=0.009$). En relación a las intenciones de abandonar el hábito de fumar, el 50% de las mujeres y el 62% de los hombres manifestaron un propósito firme, sin que esta diferencia fuera estadísticamente significativa.

Conclusiones: Las mujeres presentaron un SCACEST a una edad significativamente más avanzada, con un patrón de manifestaciones clínicas en su debut predominantemente atípico y una percepción subjetiva de mayor gravedad que los hombres. No se observaron, sin embargo, diferencias significativas entre ambos sexos en cuanto al manejo, tratamiento y mortalidad intrahospitalaria, pero sí una tendencia aparente a sufrir más ictus.

Bibliografía:

1. Carme Valls-Llobet. Mujeres invisibles.
2. Cosme García-García, Lluís Molina, Isaac Subirana, Joan Sala, Jordi Bruguera, Fernando Arós, Miquel Fiol, Jordi Serra, Jaume Marrugat, Roberto Elosua. Diferencias en función del sexo en las características clínicas, tratamiento y mortalidad a 28 días y 7 años de un primer infarto agudo de miocardio. Estudio RESCATE II. Rev. Esp Cardiol. 2013
2. Izabella Rohlf, María del Mar García, Laura Gavalda, María José Medrano, Dolores Juvinya,; Alicia Baltasar, Carme Saurina,; María Teresa Faixedas, Dolores Muñoz,. Género y cardiopatía isquémica. Gac Sanit. 2004; 18 (Supl 2): 55-64
3. J Canto, W, Rogers W Rogers. Association of Age and Sex with Myocardial Infarction Symptom Presentation and In-Hospital Mortality. JAMA. 2012 Feb 22;307(8):813-22. doi: 10.1001/jama.2012.199.
4. Jane S. Saczynski, PhDa, Jorge Yarzebski, MDa, Darleen Lessard, MSa, Frederick A. Spencer, MDa,b, Jerry H. Gurwitz, MDa, Joel M. Gore, MDa, and Robert J. Goldberg, PhDa. Trends in Prehospital Delay in Patients With Acute Myocardial Infarction (from the Worcester Heart Attack Study). Am J Cardiol. 2008 Dec 15; 102(12):1589-94. doi: 10.1016/j.amjcard.2008.07.056. Epub 2008 Oct 30.
5. Joaquín Alonso, Héctor Bueno, Alfredo Bardají, Xavier García-Moll, Xavier Badia, Miquel Layola, Ágata Carreño, Influencia del sexo en la mortalidad y el manejo del síndrome coronario agudo en España. Rev Esp Cardiol Supl. 2008; 8(D):8-22. - Vol. 8 Núm.Supl.D
6. Julia Ojuel Solsona. Yentl y nosotras. Revista Mujeres y Salud. Num 32, 20125

OMALIZUMAB EN PACIENTES CON ASMA GRAVE ALÉRGICO

Ulloa Argiz M.^a, Racionero Casero M.A.^b

^a Estudiante de 6º de Medicina, Universidad Rey Juan Carlos, Madrid, España

^b Servicio de Neumología, Hospital Universitario de Fuenlabrada, Madrid, España

ABSTRACT

Introducción: Omalizumab es un anticuerpo monoclonal humanizado cuya diana específica es la IgE, consiguiendo bloquear de este modo la respuesta alérgica al reducir sus niveles en plasma. Está indicado como tratamiento adicional en pacientes con asma alérgico grave persistente no controlado con tratamiento convencional a dosis óptimas.

Objetivos: Analizar nuestra experiencia clínica en pacientes tratados con Omalizumab desde el año 2007 hasta la fecha en el Hospital universitario de Fuenlabrada.

Material y métodos: Estudio retrospectivo, observacional en el que se incluyen finalmente 16 pacientes que cumplían los criterios de indicación según ficha técnica del producto, tras descartar dos casos de aspergilosis broncopulmonar alérgica y otro en uso compasivo por poliposis nasal. Se comparó el año previo y el posterior al inicio de tratamiento con Omalizumab en todos los pacientes. El fármaco se administró en ámbito hospitalario estableciéndose la dosis y frecuencia según peso e IgE sérica basal del paciente, ajustándose durante el seguimiento en función de los cambios en el peso corporal. Se creó una base de datos y se analizaron las diferentes variables con el programa estadístico SPSS v.19 usando las pruebas de Wilcoxon para muestras no paramétricas y T de student para las que seguían una distribución normal.

Resultados: De los 16 pacientes, 7 eran hombres y 9 mujeres, sólo uno fumador activo, con una edad media de $51,63 \pm 9,44$; IgE media de $385,9 \pm 150,8$ UI/ml. La dosis media de omalizumab administrada fue $342,2 \pm 105,9$ mg. La dosis media diaria de corticoide inhalado por los pacientes previa al tratamiento fue $1.355 \pm 566,6$ mcg. 7 de los ellos tomaban corticoides orales, con una dosis media diaria de $2,34 \pm 2,95$ mg de prednisona. Durante el año previo al comienzo de tratamiento con omalizumab el número de agudizaciones asmáticas que precisaron atención ambulatoria fue $0,31 \pm 0,48$ y de visitas a urgencias hospitalarias de $1,5 \pm 2,3$. La media de días en que los pacientes estuvieron hospitalizados por asma fue $7,2 \pm 13,75$ días. Las pruebas de función pulmonar previas al comienzo de tratamiento fueron FEV1 $70,1\% \pm 19,27$ y FEV1/FVC $66,2\% \pm 9,27$ del valor teórico. Se analizaron las mismas variables un año después del comienzo de la terapia con omalizumab y se obtuvieron los siguientes resultados: dosis media de corticoide inhalado diario $1.067,50 \pm 448,2$ mcg con una diferencia respecto a la previa de $287,5 \pm 470,4$ ($p < 0,039$). El número de agudizaciones ambulatorias fue $0,13 \pm 0,34$, con una diferencia media de $-1,87 \pm 0,54$ ($p > 0,05$). Durante el año siguiente se observó una disminución de visitas a urgencias y días de hospitalización por asma; $0,19 \pm 0,54$ con diferencia media de $-1,31 \pm 1,81$ ($p < 0,011$); y 0 ± 0 con diferencia media de $-7,19 \pm 13,76$ ($p < 0,05$), respectivamente. También, por evolución favorable, se consiguió retirar el tratamiento con corticoides orales a 6 de los 7 pacientes que los tomaban antes del comienzo de la terapia con omalizumab, manteniendo el paciente restante la dosis previa a la inclusión. No se observaron diferencias significativas en la función pulmonar (FEV1 al año $73,58\% \pm 17,74$, diferencia media de $2,62\% \pm 15,18$ ($p > 0,05$) y relación FEV1/FVC al año $69,15\% \pm 8,62$, diferencia media de $2,96\% \pm 7,86$ ($p > 0,05$)). Durante el tratamiento no se produjo ningún efecto adverso grave y ningún paciente abandonó el mismo.

Discusión: Hemos obtenido resultados similares a otros estudios en cuanto a la reducción de la cantidad de corticoides inhalados y orales, así como en la disminución del número de visitas a urgencias y días de hospitalización tras el comienzo del tratamiento¹. Sin embargo, no hemos observado una mejora significativa de la función pulmonar descrita en algunos trabajos². Aunque en nuestros pacientes no se han empleado cuestionarios de control de asma como parte del seguimiento rutinario, en las consultas sucesivas todos ellos afirmaban presentar una notable mejoría de los síntomas desde el inicio del tratamiento, tal y como han comprobado otros autores^{3,4}.

Conclusiones: Omalizumab es un fármaco eficaz en el asma alérgica grave de difícil control, que consigue disminuir las dosis de corticoides inhalados y sistémicos, disminuye el número de visitas a urgencias y los días de ingreso hospitalario por asma, logrando un mayor control de la enfermedad y mejorando de la calidad de vida de los pacientes.

Bibliografía:

1. Cazzola, M., Camiciottoli, G., Bonavia, M., Gulotta, C., Ravazzi, A., Alessandrini, A. Italian real-life experience of omalizumab. *Respiratory medicine* 2010; 104(10), 1410-1416.
2. Neil Barnes N, Menzies-Gow A, Mansur A, Spencer D. Effectiveness of Omalizumab in Severe Allergic Asthma: A Retrospective UK Real-World Study. *J Asthma* 2013 June; 50(5): 529–536
3. Serrano JC, Sojo A, Corral J, Serradilla M, Díaz M, Gallego R, Riesco JA. Estudio R.O.C.A. (Registro Omalizumab en Cáceres). *Neumosur* 2009; 21(1): 54-54
4. Sancho-Chust J.N, Chiner E, Landete P, Bravo-Fernández R, Senent C. Características de los pacientes tratados con Omalizumab y efecto de la terapia sobre calidad de vida y función pulmonar. *Arch Bronconeumol.* 2013; 49(Espec Congr):1-313

IX. BLOQUE DE DIGESTIVO

EFICACIA DEL TRATAMIENTO PARA LA ERRADICACIÓN DE LA INFECCIÓN POR HELICOBACTER PYLORI

Marcos Santos C.^a, López Serrano P^b

^a Estudiante de 6º de Medicina, Universidad Rey Juan Carlos, Madrid, España.

^b Servicio de Digestivo, Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Madrid, España.

ABSTRACT

Palabras clave: Helicobacter Pylori, triple terapia, claritromicina.

Introducción: La infección por Helicobacter pylori (HPy) en España continúa teniendo una alta prevalencia, próxima al 50% de la población (1). El HPy desempeña un papel fundamental en la enfermedad ulcerosa gastroduodenal, así como en otras entidades (tabla 1) (1-3). Sin embargo, la eficacia de las diferentes terapias erradicadoras es subóptima: la combinación de un inhibidor de la bomba de protones (IBP) junto con claritromicina y amoxicilina (OCA) ha sido la más clásicamente utilizada, aunque actualmente se encuentra cuestionada, debido fundamentalmente al incremento de la resistencia de Hpy a la claritromicina.

Objetivos: Determinar la eficacia del tratamiento erradicador en nuestra área en dos diferentes períodos de tiempo separados por un intervalo de 10 años, así como evaluar las indicaciones para la erradicación de la infección en ambos periodos.

Material y métodos: Estudio retrospectivo descriptivo. La población de estudio la constituyen todos los pacientes seguidos en consultas de Aparato Digestivo del Hospital Universitario Fundación Alcorcón diagnosticados de infección por Hpy mediante test de ureasa, en el año 2001 (grupo A) y en los años 2011-2012 (grupo B). Se realiza un seguimiento para evaluar los tratamientos recibidos y la respuesta a los mismos, excluyendo aquellos pacientes que no finalizan el seguimiento. El estudio estadístico es un estudio descriptivo mediante la determinación de medias y porcentajes.

Resultados: Ambos grupos estaban constituidos por 63 pacientes, con una edad media de 50,2 ±14,93 años en el grupo A vs 57,14 ±13,24 años en el B (p=0.8). Un 48,3% eran varones en el primer periodo vs 41,2% en el segundo (p=0.7). Las indicaciones de erradicación en ambos grupos se encuentran reflejadas en la tabla 2.

En el primer periodo de estudio (Grupo A) la tasa de erradicación tras una primera línea de tratamiento (OCA en el 98,4%) fue del 66,6%. El éxito en aquellos que fueron tratados con una segunda línea (en el 66,6% se utilizó la cuádruple terapia (IBP, bismuto, tetraciclina y metronidazol) fue del 47,6%. La eficacia global tras dos líneas de tratamiento fue del 82,5%.

En el segundo periodo de estudio (grupo B) la tasa de erradicación tras el primer tratamiento (OCA en el 88,9% de pacientes) fue de 69,8%. El éxito tras una segunda línea (OLA-10 en el 77,7% y cuádruple terapia en el 22,2%) fue del 47,3%, siendo la eficacia global tras dos líneas de tratamiento del 84,1%.

No existieron diferencias en el porcentaje de erradicación ni tras el primer tratamiento (p=0.6) ni de forma global (p=0.89), aunque si hubo diferencias significativas (p<0.05) en el tipo de segunda terapia elegida entre ambos grupos.

Conclusiones: La terapia más ampliamente utilizada en España es la OCA, sin embargo, su eficacia dista de ser adecuada. Aunque no hemos objetivado un descenso en la eficacia entre ambos períodos de estudio, en ambos es claramente inferior a la recomendada (> 80%) para mantener este tratamiento como primera línea.

En nuestra área se puede valorar plantear el cambio a otras terapias con mejores tasas de respuesta, recomendándose en la III Conferencia Española de consenso² una cuádruple concomitante con un IBP, claritromicina, amoxicilina y metronidazol 10 días.

Bibliografía:

1. Gisbert JP, McNicholl A. Infección por *Helicobacter pylori* en España: ¿Está disminuyendo realmente su prevalencia? *Gastroenterol Hepatol.* 2012;35(3):199
2. Gisbert JP, Calvet X, Bermejo F, Boixeda D, Bory F, Bujanda L et al. III Spanish Consensus Conference on *Helicobacter pylori* infection. *Gastroenterol Hepatol.* 2013 May;36(5):340-74
3. Gisbert JP, Calvet X, Bermejo F, Gomollon F, Mones J et al. III Spanish Consensus Conference on *Helicobacter pylori* infection. *Gastroenterol Hepatol.* 2005;125(8):301-1

Tabla 1. Tomada de Gisbert JP, Calvet X, Bermejo F, Boixeda D, Bory F, Bujanda L et al. III Spanish Consensus Conference on *Helicobacter pylori* infection. *Gastroenterol Hepatol.* 2013 May; 36(5):340-74

	Grupo A: año 2001	Grupo B: año 2011-2012
Enfermedad ulcerosa péptica	63,5%	41,2%
Dispepsia funcional	30,2%	33,3%
Antecedentes familiares de cáncer gástrico	1,5%	11,13%
Diagnóstico incidental/otras indicaciones	4,7%	12,6%

Tabla 2. Indicación (%) de la erradicación de la infección por *H. pylori* en cada uno de los dos períodos

Tabla 2 Indicaciones de tratamiento de la infección por <i>Helicobacter pylori</i>
Úlcera péptica
Dispepsia no investigada < 55 años y sin síntomas/signos de alarma (estrategia <i>test and treat</i>)
Dispepsia funcional
Antecedentes de úlcera que van a requerir tratamiento con AINE o AAS de manera continuada
Linfoma MALT gástrico de bajo grado
Resección quirúrgica o endoscópica de un cáncer gástrico
Familiares de primer grado de pacientes con cáncer gástrico
Atrofia mucosa gástrica o metaplasia intestinal
Anemia ferropénica de causa no aclarada
Púrpura trombocitopénica idiopática
Déficit de vitamina B12 no explicable por otras causas
A todo paciente diagnosticado de infección por <i>H. pylori</i> se recomienda ofrecer tratamiento erradicador

ESTUDIO DESCRIPTIVO SOBRE CARCINOMA HEPATOCELULAR EN HÍGADO NO CIRRÓTICO

Leire Parapar^a, M^a Paz Valer^b, Jesús Canora^c, Fernando Bermejo^d

^a Estudiante de 6º Grado de Medicina URJC, Hospital Universitario de Fuenlabrada.

^b Médico del Servicio de Digestivo del Hospital Universitario de Fuenlabrada.

^c Médico del Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario de Fuenlabrada.

^d Jefe de Servicio de Digestivo del Hospital Universitario de Fuenlabrada.

ABSTRACT

Palabras clave: Hepatocarcinoma, Cirrosis, Enfermedad hepática no cirrótica.

Introducción: El carcinoma hepatocelular (CHC) es el tumor hepático primario más frecuente y la sexta neoplasia más frecuente en España. Su incidencia en el mundo Occidental está en aumento y la gran mayoría asientan sobre un hígado cirrótico. El objetivo del estudio fue evaluar las características del CHC en pacientes no cirróticos.

Métodos: Se realizó una revisión retrospectiva de 83 pacientes con diagnóstico de CHC durante el período de enero de 2010 a Marzo de 2014. Se seleccionaron dos grupos de pacientes, un grupo con cirrosis hepática y otro grupo sin hígado cirrótico, diagnosticados de CHC tanto por criterios histológicos como por la conjunción de criterios clínicos, analíticos y de imagen.

Resultados: Se identificaron 83 pacientes con CHC, de los cuales 15 no presentaban una cirrosis hepática subyacente, representando el 18,1% (IC95%: 14,2-33%) de todos los CHC revisados. En el grupo de pacientes sin cirrosis el 60% (n=9) eran varones, la media de edad al diagnóstico fue de 65,1±12,7 años. La lesión subyacente en el caso de no presentar cirrosis fue la esteatosis hepática en el 40% (n=6), frente a al 10,3% (n=7) en los pacientes cirróticos (p=0,004). El 26,7% (n=4) de los pacientes sin cirrosis presentaban infección crónica por virus de la hepatitis C (VHC), frente al 55,9% (n=38) de los pacientes cirróticos (p=0,041). El 13,3% (n=2) de los pacientes sin cirrosis reconoció ingesta enólica, frente al 50% (n=34) en el caso de pacientes cirróticos (p=0,009). En los pacientes cirróticos el 39,7% presentó ascitis y el 77,9% datos de hipertensión portal. En los pacientes cirróticos, la mediana de GOT fue de 80,5 (46,2-155,7) U/L y de GPT de 69,5 (37-116) U/L, a diferencia de los pacientes sin cirrosis, en los cuales GOT fue de 27 (24-105) U/L (p=0,006) y GPT 23 (15-66) U/L (p=0,003). La mediana del tamaño del nódulo tumoral en los pacientes sin cirrosis fue de 55 (RIQ 17-100) mm, significativamente superior al de los pacientes cirróticos que fue de 30 (17-40) mm (p=0,048). Al 60% (n=9) de los pacientes sin cirrosis se les realizó tratamiento activo con intención curativa. Se realizó cirugía en el 53,3% (n=8), frente al 13,2% (n=9) de los pacientes con cirrosis (p<0,001) y radiofrecuencia en el 26,7% (n=4) de los pacientes sin cirrosis frente al 47,1% (n=32) de los cirróticos (p=0,149). En los pacientes cirróticos la recurrencia tras el tratamiento con intención curativa fue del 20,6% (n=14) trascurrido un tiempo medio de 7,5 (5-13) meses. La recidiva de la lesión se produjo en el 10,3% (n=7). En los pacientes sin cirrosis la recurrencia tras tratamiento con intención curativa fue de 33,3% (n=5) tras un tiempo medio de 12,5 (6,2-21,7) meses. Ninguno de los pacientes sin cirrosis tuvo recidiva de la lesión inicial. El 39,7% (n=27) de los pacientes cirróticos falleció en el seguimiento, frente al 26,7% (n=4) de los pacientes sin cirrosis.

Discusión: El CHC asienta fundamentalmente sobre un hígado con cirrosis hepática. En el mundo Occidental predomina la enfermedad hepática derivada de la infección crónica de VHC y la ingesta enólica, siendo infrecuente el desarrollo del CHC en hígado no cirrótico. Un estudio reciente realiza-

do en España estima la incidencia de CHC sobre hígado no cirrótico en el 11%. En nuestra revisión, esta incidencia es del 18,1% de CHC sobre hígado no cirrótico. Las características epidemiológicas no son diferentes a las esperables en los pacientes con cirrosis, aunque observamos mayor frecuencia de mujeres con CHC sobre hígado no cirrótico, un 40% (n=6) frente al 16,2 % (n=11) en los cirróticos (p=0,038) La mayoría de los pacientes se encuentran asintomáticos al diagnóstico. En esta población no existe un seguimiento ecográfico protocolizado a diferencia de lo que ocurre en los pacientes cirróticos, por lo que la detección del CHC se produce en fases más avanzadas del tumor, con un tamaño al diagnóstico y una expansión tumoral mayor en los pacientes sin cirrosis. En nuestra revisión, la mediana de tamaño tumoral es de 55 mm. En estudios previos, sobre todo en series quirúrgicas, el tamaño mediano es de 80 mm aproximadamente. A pesar del mayor tamaño al diagnóstico, el 60% (n=9) de los pacientes sin cirrosis en nuestro estudio, se beneficiaron de un tratamiento curativo, ya que el remanente de hígado no tumoral está sano y funcionalmente activo, lo que permite una actitud terapéutica más intensiva.

Conclusiones: El CHC sobre hígado no cirrótico es una entidad clínica poco frecuente en nuestro medio. Son tumores de gran tamaño al diagnóstico, no obstante en dos terceras partes de los casos resulta posible realizar un tratamiento del tumor con intención curativa. La etiología de la lesión hepática más frecuente en estos pacientes fue la esteatosis hepática, seguida por la infección por VHC.

Bibliografía:

1. European Association for the Study of the Liver, European Organisation for Research and Treatment of Cancer. Journal of Hepatology, 2012. Vol 56: 908-943.
2. Matilla A, Chiva M, Fernández A. Hepatocarcinoma. Medicine. 2012; 11(12): 693 -703.
3. Núñez O, Matilla A, Merino B, Díaz A, Colón A. Estudio descriptivo de la experiencia sobre carcinoma hepatocelular en hígado no cirrótico. Elsevier. Vol 34. Núm 05. Mayo 2011.
4. Varela M, Reig M, de la Mata M, Matilla A, et- al. Tratamiento del carcinoma hepatocelular en España. Análisis de 705 casos en 62centros. Med Clin (Barc). 2010; 134:569-76.
5. Forner A, Ayuso C, Real MI, Sastre J, Robles R, et-al. Diagnóstico y tratamiento del carcinoma hepatocelular. Med Clin (Barc). 2009; 132: 272-87.

Tabla:

Variable n, (%)	Cirróticos	No cirróticos	P
Sexo n, (%)			
- Varones	57 (83,8)	9 (60)	0,039
Etiología:			
- VHC	38 (55,9)	4(26,7)	0,041
- Alcohol	34 (50)	2(13,3)	0,009
- Esteatosis hepática	7 (10,3)	6 (40)	0,004
Tamaño tumoral: med, (RIQ)	30 (7,7-40)	55 (17-130)	0,048
Tratamiento quirúrgico n, (%)	9 (13,2)	8(53,3)	<0,001
Tratamiento por radiofrecuencia n, (%)	32 (47,1)	4(26,7)	0,149
Resultado del tratamiento con intención curativa			
- Recurrencia n, (%)	14 (20,6)	5(33,3)	0,853
- Recidiva n, (%)	7 (10,3)	0	0,194
- Tiempo de recurrencia, meses med, (RIQ)	7,5 (5-13)	12,5 (6,2-21,7)	0,227
Mortalidad del CHC: n, (%)	27 (39,7)	4 (26,7)	0,345

MANIFESTACIONES EXTRAINTESTINALES EN LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

Syed Fernández M^a, Algaba García A^b, Guerra Marina I^b, Bermejo San José F^b

^a Estudiante 6º Grado en Medicina, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Rey Juan Carlos (Madrid).

^b Servicio de Digestivo, Hospital Universitario de Fuenlabrada (Madrid).

ABSTRACT

Palabras clave: Enfermedad inflamatoria intestinal, manifestaciones extraintestinales, tratamiento.

Introducción: Alrededor de un 30% de los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII) presenta afectación en otros órganos, es lo que se denomina como manifestaciones extraintestinales (MEI), afectando a la calidad de vida del paciente. Algunas de las MEI presentan un curso paralelo a la de EII y responden al tratamiento de la patología. Otras, sin embargo, son independientes y requieren de tratamiento específico.

Objetivos: Evaluar las características, tratamientos empleados y evolución de las MEI en los pacientes con EII e identificar los posibles factores de riesgo asociados.

Material y métodos: Estudio retrospectivo, observacional, tipo casos y controles. Identificamos a todos los pacientes con enfermedad de Crohn (EC) y colitis ulcerosa (CU) con MEI (casos) y consideramos como controles a los pacientes con EII sin MEI. Se recogieron datos clínicos y epidemiológicos relacionados con su EII y sus MEI. El análisis se realizó con el programa estadístico SPSS.

Resultados: Se incluyeron 619 pacientes (327 con EC, 265 con CU y 27 con colitis indeterminada). El 60% eran mujeres. La edad media fue de 45±14 años. El 16% tenían antecedentes familiares de EII. El 24% eran fumadores. De los pacientes con EC, el 36% tenían afectación ileal, el 35% ileocólica, el 24% cólica y el 4,4% afectación del tracto digestivo alto. De estos pacientes, el 75% tenían un patrón inflamatorio, el 16% fistulizante y el 9% estenosante. Con respecto a los pacientes con CU, el 46% presentaban colitis izquierda, el 28% colitis extensa, el 25% proctitis y un 1% afectación atípica. El 25% de los pacientes mostraron, al menos, una MEI (n=156). El 31% (n=48) tuvieron manifestaciones articulares (26 artritis, 13 espondilitis, 9 sacroileítis). Otro 31% (n=48) manifestaciones cutáneas (26, eritema nodoso, 13 estomatitis aftosa, 6 pioderma gangrenoso y 3 otros). Un 9% (n=14) tuvieron manifestaciones oculares (7 uveítis y 7 escleritis). Un 5% trombosis vasculares (n=8) y el 2% (n=3) manifestaciones hepatobiliares (2 colangitis esclerosante y 1 hepatitis autoinmune). En el momento del diagnóstico de la MEI, el tratamiento de base de la EII era en el 44% aminosalicilatos (5-ASA); 31% azatioprina/mercaptopurina; 8% biológicos y 2% metotrexato. El tratamiento de la afectación articular incluyó AINE en un 26%, corticoides orales o intraarticulares en el 12%, metotrexato en un 5%, otro 5% (n=6) fue tratado con anti-TNF y un 4% con salazopirina. El tratamiento de las manifestaciones cutáneas se realizó principalmente con corticoides (82%) y anti-TNF (2%; n=1). El tratamiento de las manifestaciones oculares fue con corticoides tópicos en el 70% de los casos y anti-TNF es un 7% (n=1). Globalmente, el tratamiento de la MEI fue eficaz en el 90% de los casos y sólo un 13% de los pacientes presentaron recidiva de la MEI. En el análisis multivariante, el género femenino (p=0.012; OR=1.61; IC95% 1.11-2.34) y los pacientes con enfermedad más grave que precisan terapia inmunosupresora (p=0.009; OR=1.65; IC95% 1.13-2.4) o inmunomoduladora con adalimumab (p=0.029; OR=2.28; IC95% 1.09-4.78) presentan un mayor riesgo de desarrollar una MEI.

Conclusiones: Una cuarta parte de los pacientes con EII de nuestro medio desarrollan MEI clínicamente significativas. Las MEI más frecuentes fueron las articulares y las cutáneas. El género femenino y los pacientes con mayores requerimientos terapéuticos (inmunosupresores o biológicos), por tanto, con enfermedad más grave, presentan un mayor riesgo de desarrollar MEI. El tratamiento individualizado de las MEI resulta eficaz en la mayoría de los pacientes.

Bibliografía:

1. Patil SA, Cross RK. Update in the management of extraintestinal manifestations of inflammatory bowel disease. *CurrGastroenterol Rep.* 2013; 15(3):314.
 2. Lakatos PL, Lakatos L, Kiss LS et al. Treatment of extraintestinal manifestations in inflammatory bowel disease. *Digestion.* 2012; 86 Suppl 1:28-35.
 3. Levine JS, Burakoff R. Extraintestinal manifestations of inflammatory bowel disease. *GastroenterolHepatol.* 2011; 7(4):235- 41.
 4. Danese S, Semeraro S, Papa A et al. Extraintestinal manifestations in inflammatory bowel disease. *World J Gastroenterol.* 2005; 46(11):7227-36.
 5. Loftus EV Jr. Management of extraintestinal manifestations and other complications of inflammatory bowel disease. *CurrGastroenterol Rep.* 2004; 6(6):506-13.
- Bernstein CN, Blanchard JF, Rawsthorne P, Yu N. The prevalence of extraintestinal diseases in inflammatory bowel disease: focus on the musculoskeletal, dermatologic and ocular manifestations. *Am J Gastroenterol.* 2001

EFFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO CON FÁRMACOS ANTI-TNFA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL.

Mireya López Sáez^a, Alicia Algaba^b, Iván Guerra^b, Fernando Bermejo^c

^a Estudiante de de 6º de Medicina. Facultad Ciencias de la Salud. Universidad Rey Juan Carlos. Hospital Universitario de Fuenlabrada. Madrid.

^b Servicio de Digestivo. Hospital Universitario de Fuenlabrada. Madrid.

^c Jefe de Servicio de Digestivo. Hospital Universitario de Fuenlabrada. Madrid.

ABSTRACT

Palabras clave: tratamiento, anti-TNF α , enfermedad inflamatoria intestinal.

Introducción: Los fármacos que bloquean el factor de necrosis tumoral α (antiTNF) son tratamientos ampliamente utilizados para inducir la remisión clínica mantenida en la enfermedad inflamatoria intestinal (EII).

Objetivo: Evaluar la efectividad y seguridad del tratamiento con antiTNF en pacientes con EII en nuestro medio.

Métodos: Estudio retrospectivo, descriptivo, observacional que incluyó a todos los pacientes con EII tratados con antiTNF entre 2003 y 2014 en nuestro centro.

Resultados: Se incluyeron 91 pacientes, 15 con colitis ulcerosa (CU) y 76 con enfermedad de Crohn (EC), de edad media 41 ± 12 años, 60% mujeres, 36% fumadores, que fueron tratados con Infliximab (IFX) (n=70;77%) o Adalimumab (ADA) (n=21;23%). El tiempo medio desde el diagnóstico de la EII hasta el inicio del biológico fue 83 ± 84 meses y la indicación del mismo fue: refractariedad a inmunomoduladores (67%, de los cuales 55 casos fueron por enfermedad luminal y 6 por enfermedad perianal), intolerancia a inmunomoduladores (10%), corticorrefractariedad (10%), manifestaciones extraintestinales (8%), o enfermedad fistulizante (5%). Respecto a la respuesta primaria al antiTNF, el 58% (n=52) alcanzó la remisión clínica, el 35% (n=32) tuvo respuesta parcial y un 7% (n=6) no respondió. De los que remitieron o respondieron parcialmente, el 28% (n=25) presentó pérdida de respuesta en un tiempo medio de 23 ± 15 meses, que se documentó bien por criterios clínicos o endoscópicos en el 58% de los casos y por criterios radiológicos únicamente o junto a endoscopia en el 42% de los casos. La pérdida de respuesta en el grupo de CU fue del 35.7% frente al 28.7% en EC (p=0,4). Globalmente, de los 25 pacientes que perdieron respuesta, en 19 se intensificó la dosis del antiTNF, siendo efectiva en 13 de los casos (68% de eficacia de la intensificación). En el resto, o bien se cambió de biológico (n=4), o se optó por cirugía (n=1) o por un fármaco experimental (n=1).

Finalmente, 47 (52%) de los pacientes suspendieron el primer antiTNF por distintos motivos (tiempo medio con biológico 35 ± 31 meses): efectos adversos (n=14), pérdida de respuesta (n=9), ausencia de respuesta (n=9), remisión profunda (n=7), cirugía o neoplasia (n=2), embarazo (n=6). Los efectos adversos del tratamiento antiTNF más comunes fueron: infecciones graves (n=6), reacciones infusionales (n=6) o lesiones psoriasiformes (n=4). En 20 pacientes (23%) finalmente se utilizó un segundo biológico, 5 alcanzaron la remisión, 10 respondieron parcialmente y 4 no respondieron. La pérdida de respuesta al segundo biológico ocurrió en el 53% de los casos (n=8; tiempo medio: 20 ± 15 meses). Tras la pérdida de respuesta, en 7 de los 8 pacientes se intensificó el antiTNF. El segundo biológico fue suspendido finalmente en 10 de los 20 pacientes que lo iniciaron: 3 por efectos

adversos, 3 por pérdida de respuesta y 4 por ausencia de respuesta. Globalmente, 28 pacientes requirieron cirugía durante el seguimiento (17 fueron resecciones intestinales, 9 cirugías perianales y 2 pacientes requirieron ambas). El 64% mantiene tratamiento antiTNF en la actualidad.

Conclusiones: Los fármacos antiTNF son una terapia efectiva en la EII cuando son bien tolerados, aunque, más de una cuarta parte de los pacientes presenta pérdida de respuesta con el tiempo. Ante esta situación, la intensificación de dosis y el cambio de biológico son estrategias terapéuticas efectivas en la mayoría de pacientes para el control de la EII a largo plazo con la terapia antiTNF.

Número pacientes	Respuesta biológico	Pérdida respuesta	Actitud	Suspensión	Segundo biológico
90*	Remisión clínica: 52	25	Intensificación: 19	47	20
	Respuesta parcial: 32		Cambio biológico: 4		
			Otros: 2		
	No respuesta: 6				

* En un paciente no se valoró la efectividad por pérdida de seguimiento.

Bibliografía:

1. Marko B, Prka L. Anti-TNF therapy in treatment of luminal Crohn's disease. Acta Med Croatica. 2013 Apr; 67(2):179-89. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24471301>. (Acceso en: 03/2014).
2. Cohen LB, Nanau RM, Delzor F, Neuman MG. Biologic therapies in inflammatory bowel disease. Transl Res. 2014 Jan 7. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24467968>. (Acceso en: 03/2014).
3. M. P. Martínez-Montiel y M. T. Muñoz-Yagüe. Tratamientos biológicos en la enfermedad inflamatoria crónica Intestinal. Rev. Esp. Enferm.dig. v. 98 n.4 Madrid abr.2006. Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/diges/v98n4/es_punto.pdf. (Acceso en: 03/2014).
4. Singh S, Kumar N, Loftus EV Jr, Kane SV. Neurologic complications in patients with inflammatory bowel disease: increasing relevance in the era of biologics. Inflamm Bowel Dis. 2013 Mar-Apr; 19(4):864-72. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22552994>. (Acceso en: 03/2014)
5. Parekh R, Kaur N. Liver Injury Secondary to Anti-TNF-Alpha Therapy in Inflammatory Bowel Disease: A Case Series and Review of the Literature. Case Rep Gastrointest Med 2014. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24707412>. (Acceso en: 03/2014).
6. Ben-Horin S, Kopylov U, Chowers Y. Optimizing anti-TNF treatments in inflammatory bowel disease. Autoimmun Rv. 2014; 13(1):24-30. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23792214>. (Acceso en: 03/2014).
7. Gisbert JP, Panés J. Loss of response and requirement of infliximab dose intensification in Crohn's disease: a review. Am J Gastroenterol. 2009 Mar; 104(3):760-7. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19174781>. (Acceso en: 03/2014).
8. Fortea-Ormaechea JI, González-Lama Y, Casis B, Chaparro M, López Serrano P, Van Domselaar M, Bermejo F, Pajares R, Ponferrada A, Vera MI, Martínez Montiel P, Gisbert JP, Pérez-Calle JL, López San Román A, Abreu L, Menchén LA, Marín-Jiménez I. Adalimumab is effective in long-term real life clinical practice in both luminal and perianal Crohn's disease. The Madrid experience. Gastroenterol Hepatol. 2011 Aug-Sep; 34(7):443-8. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21724297>. (Acceso en: 03/2014).
9. M Chaparro, Martínez-Montiel P, Van Domselaar M, Bermejo F, Pérez-Calle JL, Casis B, Román AL, Algaba A, Maté J, Gisbert JP. Intensification of infliximab therapy in Crohn's disease: efficacy and safety. J Crohns Colitis. 2012 Feb; 6(1):62-7. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22552994>.

med/22261529. (Acceso en: 03/2014).

9. Krznarić Z, Stimac D, Franjić N, Kunović A, Kelečić DL. Place of biologic therapy in the treatment of inflammatory bowel diseases and assessment of its efficacy. *Acta Med Croatica*. 2013 Apr; 67(2):145-55. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24471297>. (Acceso en: 03/2014).