

estructurada, con gradiente sistólico de 68 mmHg. Reingresada por nueva rectorragia se realiza colonoscopia, encontrándose múltiples AI en hemicolon derecho. Se le propone tratamiento quirúrgico (colectomía), que la enferma rechaza. Aún hospitalizada y coincidiendo con otra hemorragia digestiva, sufre parada cardiorespiratoria (PCR) que recupera con maniobras de reanimación cardiopulmonar avanzada (RCP). Un nuevo ecocardiograma muestra aumento del gradiente (85-90 mmHg); pensamos que la enferma cumple criterios de SH, y se plantea para cirugía valvular en cuanto se consiga su estabilización; pero ésta no llega a realizarse, ya que en el seno de un cuadro de agitación psicomotriz sufre nueva PCR, que no responde tras RCP prolongada.

Tras la descripción de Heyde se comunica una frecuencia aumentada de sangrado intestinal por AI en pacientes con EA (2-3), y también con estenosis subaórtica hipertrófica y cardiomiopatía hipertrófica obstructiva (4-5); así como cese del sangrado digestivo tras corrección quirúrgica (bioprótesis) de la valvulopatía (2-3), y aunque estos estudios fueron criticados (1), la asociación siguió publicándose (6). Además de con EA la AI se ha asociado con fallo renal, enfermedad de von Willebrand (EvW), y otras patologías (7); éstas favorecerían más el sangrado que la aparición de la AI.

La etiopatogenia de la AI se desconoce, como la EA, es mas frecuente en edades avanzadas, sugiriendo un proceso degenerativo. La teoría de obstrucción venosa crónica aboga porque el aumento de la tensión parietal colónica causa obstrucción de las venas mucosas y submucosas, dilatándolas y originando comunicaciones arteriovenosas (8). Las causas que precipitan el sangrado de la AI no están bien definidas.

La relación patogénica entre EA y AI tampoco está aclarada, el bajo gasto que determina la valvulopatía causaría isquemia de la mucosa intestinal produciendo necrosis y sangrado de la AI (1), sin embargo algunos pacientes continúan con hemorragias tras el recambio valvular, y otras enfermedades cardiacas con bajo gasto no presentan esta asociación. Se sugirió que en la EA hay una alteración de la coagulación que favorece el sangrado (9), confirmándose un defecto adquirido del factor von Willebrand (FvW); éste circula en forma de multímeros, que son aclarados por proteasas plasmáticas, las cuales actúan especialmente en situaciones de flujo sanguíneo turbulento. En la EA está aumentada la fragmentación de los multímeros de FvW, reduciéndose su número (EvW adquirida tipo 2A) y predisponiendo a sangrado por puntos susceptibles (10). El grado de estenosis parece directamente relacionado con la severidad de la coagulopatía, que sería reversible tras el reemplazo, con éxito, de la válvula; explicándose así el cese de las hemorragias digestivas tras la cirugía y, sugiriéndose que su recurrencia podría indicar persistencia de estenosis valvular.

En la EA la presencia de AI puede no ser mayor que en la población normal, pero si tener mas riesgo de sangrado por la coagulopatía con que se asocia. Así en caso de hemorragia digestiva severa por AI, en la que podría plantearse resección intestinal, si existe EA considerar inicialmente el reemplazo valvular como tratamiento.

R. M. García Fanjul, M. T. Antuña Braña, M. Lacort Fernández

Servicio de Medicina Intensiva. Hospital de Cabueñes. Gijón

1. Apostolakis E, Doering C, Kantartzis J, Schulte HD. Calcific aortic-valve stenosis and angiodysplasia of the colon: Heyde's syndrome - Report of two cases. *Thorac Cardiovasc Surg* 1990; 38: 374-6.
2. Lowe JW. The syndrome of calcific aortic stenosis and gastrointestinal bleeding: resolution following aortic valve replacement. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1982;83: 779-82.
3. Natowitz L, Defraigne JO, Limet R. Association of aortic stenosis and gastrointestinal bleeding (Heyde's syndrome). Report of two cases. *Acta Chir Belg* 1993; 93: 33-4
4. Mohsin A, Lewis JW. Cessation of gastrointestinal bleedings from angiodysplasia after surgery for idiopathic hypertrophic subaortic stenosis. *Amer Heart J* 1991; 121: 608-9.
5. Hansen PR, Hassager C. Septal alcohol ablation and Heyde's syndrome revisited. *J Intern Med* 2003; 253: 490-1
6. Pate GE, Mulligan A. An epidemiological study of Heyde's syndrome: An associated between aortic stenosis and gastrointestinal bleeding. *J Heart Valve Dis* 2004; 13: 713-6.
7. García Román JM, Abellas Rosende A, Taboas Paz J, Martínez Isla A. Angiodisplasia de colon asociada a estenosis aórtica e insuficiencia renal. A propósito de un caso con hemorragia digestiva masiva. *An Med Interna (Madrid)* 1995; 12: 620-1.
8. Foutch GP. Angiodysplasia of the gastrointestinal tract. *Amer J Gastroenterol* 1993; 88: 807-18.
9. Warketing TE, Moore JC, Morgan DG. Aortic stenosis and bleeding gastgastrointestinal angiodysplasia: Is acquired von Willebrand's disease the link. *Lancet* 1992; 340: 35-7.
10. Vicentelli A et al. Acquired von Willebrand syndrome in aortic stenosis. *N Engl Med* 2003; 349: 343-9.

Hospital de día médico como alternativa a la hospitalización convencional en un servicio de medicina interna de un hospital comarcal

Sr. Director:

Los servicios de medicina interna siguen manteniendo un papel primordial tanto en los hospitales comarcales como en aquellos de mayor nivel por ser elemento vertebrador de la asistencia sanitaria hospitalaria (1). Es más, en los últimos años la medicina interna está aplicando de forma decisiva su campo de conocimiento especializado a los cuidados generales de los adultos más frágiles (pacientes ancianos, crónicos y pluripatológicos) y está liderando diferentes experiencias de gestión orientadas al ciudadano (hospitalización domiciliaria, hospital de día médico, consultorías en atención primaria, unidades de corta estancia) (2,3). Las alternativas a la hospitalización convencional potenciadas en los servicios de medicina interna se deben principalmente a la asunción en la racionalización de los recursos sanitarios y a un mayor reconocimiento de la autonomía de los pacientes.

De esta forma, los hospitales de día, como alternativas a la hospitalización convencional, son consecuencia de una necesidad asistencial, como el que supuso el desarrollo de la quimioterapia antineoplásica y que posteriormente se ha ido extendiendo a otros ámbitos (enfermedades psiquiátricas, enfermos de SIDA, pacientes pluripatológicos, etc) (4,5). El elemento principal del hospital de día no es su estructura, sino el hecho de que promueve un cambio cultural en la asistencia que permite organizar las posibilidades asistenciales del hospital, diagnósticas y terapéuticas, de una forma más racional y ágil que la rígida estructura de las salas de hospitalización convencional (5).

A continuación exponemos nuestra experiencia, analizando la actividad y producción del hospital de día médico en un hospital comarcal desde su creación hasta la actualidad, evaluando parámetros de eficiencia. Para ello se realizó análisis descriptivo de la actividad del hospital de día médico durante el periodo 1 de abril de 2004 al 30 de marzo de 2007 (3 años). El hospital de día médico de nuestro centro dispone de 12 camas y 8 sillones, con actividad en días laborables. La asistencia de los pacientes se realiza en base a un protocolo de derivación previamente establecido. Se ha

analizado la base de datos del hospital de día que recoge variables demográficas y clínicas, así como de los procedimientos realizados. Para dicho periodo hubo 6171 ingresos en hospitalización convencional en nuestro servicio.

Se han incluido 2353 casos atendidos en el hospital de día durante el periodo de estudio. La edad media fue de $61,9 \pm 17,1$ años (rango: 14-95), siendo el 49,8% varones. El 43,7% fueron primeras visitas y el 50,2% sucesivas. En el primer año se atendieron 671 casos con un incremento anual en años sucesivos del 10,7% (743) y 26,4% (939). La procedencia fue: 44,2% del área de hospitalización de Medicina Interna; 12,6% del área de urgencias; 6,2% de Atención Primaria; el resto de otros servicios del hospital. El motivo de asistencia fue: procedimiento terapéutico 38,2%; técnica diagnóstica 30,1%; evaluación clínica 31,7%. Las patologías más frecuentes fueron: neoplásica 23,6%; anemia 17,7%; digestiva 17,1; infecciosa 8,5%. Hubo diferencias significativas ($p < 0,05$) en los grupos patológicos según la procedencia: aquellos que procedían de urgencias predominaban patología infecciosa (17,8%); en los pacientes derivados desde Atención Primaria predominaban las patologías endocrinológicas y neurológicas (24,1 y 17,9%, respectivamente); la patología infecciosa y cardiológica fue más frecuente (12,6 y 13,7% respectivamente) en los pacientes que procedían de planta de hospitalización de Medicina Interna, mientras que en pacientes derivados desde otros servicios del hospital predominaba la patología digestiva. Mientras que a los pacientes con patología infecciosa se les realizó mayoritariamente evaluación clínica (81,9%) a los pacientes con patología neoplásica o anemia se les realizó preferentemente procedimiento terapéutico (55,8% y 83,9% respectivamente) y a pacientes con patología digestiva principalmente técnica diagnóstica (55,2%). Los procedimientos terapéuticos más frecuentes fueron: 52,8% terapia hierro parenteral; 10,6% quimioterapia. Las técnicas diagnósticas más frecuentes fueron: 43% pruebas de imagen radiológicas; 12,5% endoscopias digestivas; 8,7% biopsias hepáticas percutáneas. Del total de pacientes que procedían del área de hospitalización convencional de medicina interna, 405 (39%) fueron altas precoces, sin que hubiera diferencias significativas entre los grupos patológicos. En el 19,3% (453) del total de los casos se estimó que se había evitado la hospitalización convencional. Un total de 43 pacientes (1,8%) precisaron ingreso en hospitalización convencional.

Por tanto, el hospital de día médico supone una alternativa asistencial eficiente a la hospitalización convencional en los hospitales comarcales puesto que favorece la accesibilidad y la continuidad asistencial. Promueve una asistencia coordinada, ágil y ambulatoria sin los perjuicios del ingreso ni la prolongación de la estancia hospitalaria, racionalizando los recursos sanitarios.

M. A. García Ordoñez, R. Moya Benedicto, J. Villar Jiménez, F. J. Sánchez Lora

Servicio de Medicina Interna. Hospital de Antequera. Málaga

1. Jefes de Servicio de Medicina Interna de los hospitales comarcales de Cataluña. El futuro de los servicios de medicina interna de los hospitales comarcales de Cataluña: líneas estratégicas en el contexto del cambio de la Sanidad. *Med Clin (Barc)* 1993; 100: 587-90.
2. Gómez J. La Medicina Interna actual: situación actual y nuevos horizontes. *An Med Intern* 2004; 21: 301-5.
3. Navarro Sanz R. ¿Es la atención sanitaria a las personas mayores con enfermedad avanzada una alternativa asistencial de la Medicina Interna? *An Med Intern* 2004; 21: 315-6.
4. Sauret J. Hospitales de día ¿generales o especializados?. *Arch Bronconeumol* 1994; 30: 477-8.
5. Torres Salinas M, Capdevila Morel JA, Armario García P, Montull Morer S, grupo de trabajo de los Servicios de Medicina Interna de los Hospitales de Cataluña. Alternativas a la hospitalización convencional en medicina interna. *Med Clin (Barc)* 2005; 124: 620-6.

Manifestaciones neurológicas como única expresión del síndrome de embolia grasa en el paciente politraumatizado

Sr. Director:

El síndrome de embolia grasa (SEG) es una complicación asociada a las fracturas de los huesos largos y a procedimientos en los que existe una manipulación intramedular de los mismos (1), aunque puede presentarse en diferentes circunstancias como quemaduras extensas, pancreatitis crónica, cirugía cardíaca o en la enfermedad por descompresión, entre otras (2-4). Presentamos el caso de SEG en un paciente politraumatizado.

Paciente de 27 años de edad que ingresa en UCI tras permanecer atrapado en un coche. Presenta fractura diafisaria de fémur izquierdo, y fractura de la diáfisis y cabeza del humero izquierdo. La exploración neurológica inicial es normal (GCS 15). Es intervenido de urgencia de las fracturas óseas. Tras la intervención y con el paciente sin sedación, se aprecia una disminución en el nivel de conciencia (no dirigía la mirada, no emitía sonidos, ni obedecía órdenes). No presentó alteraciones respiratorias ni hipotensión arterial, aunque sí que apareció síndrome febril, taquicardia, petequias conjuntivales y disminución del número de plaquetas ($90.000/\text{mm}^3$). En la TAC cerebral urgente apareció un punteado hiperdenso y difuso en la sustancia blanca (Fig. 1). En el ecocardiograma transesofágico no existía foramen oval permeable. Tras 48 horas fue posible extubarlo, y fue dado de alta sin alteraciones neurológicas.

El SEG es una de las causas más importantes de morbimortalidad asociada a los traumatismos graves con afectación de fracturas de huesos largos o pelvis (1), aunque descrito también en



Fig. 1. TAC cerebral: punteado hiperdenso distribuido por la sustancia blanca.