

XXVIII Congreso de la Sociedad Andaluza de Medicina Interna (SADEMI)

III Reunión Nacional del Grupo
de Urgencias de la FEMI

Libro de Resúmenes de Comunicaciones y Pósters



Organizado por el Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario Puerta del Mar

Palacio de Congresos de Cádiz
Cádiz, 17-19 Mayo 2012

Índice de Comunicaciones

COMUNICACIONES ORALES

Enfermedades Infecciosas (A)

A-02	UNCINARIASIS IMPORTADA EN EL PONIENTE ALMERIENSE	11
A-04	PNEUMOCYSTIS JIROVECII EN LA NEUMOPATÍA INTERSTICIAL AGUDA	12
A-06	INFECCIÓN DE PRÓTESIS ARTICULAR: DESCRIPCIÓN PROSPECTIVA DE UNA COHORTE DE PACIENTES DURANTE 5 AÑOS	14
A-10	IMPLANTACIÓN DE UNA VÍA CLÍNICA PARA EL ABORDAJE MULTIDISCIPLINAR DE LA INFECCIÓN DE PRÓTESIS ARTICULAR. RESULTADOS TRAS CINCO AÑOS	15
A-14	IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA PILOTO INTERNIVELES (AP/AH) PARA REDUCIR LA TASA DE DIAGNÓSTICO TARDÍO EN VIH	17

Paciente Pluripatológico/ Edad Avanzada (EA)

EA-08	MEDICACIÓN POTENCIALMENTE INADECUADA EN EL PACIENTE ANCIANO POLIMEDICADO DETECTADA AL INGRESO EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA	19
EA-10	DERIVACIÓN Y VALIDACIÓN DE UNA NUEVA HERRAMIENTA PRONÓSTICA PARA IDENTIFICAR LA TRAYECTORIA DE FIN DE VIDA EN PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS NO NEOPLÁSICAS EN ESTADIO AVANZADO: ÍNDICE PALIAR	21
EA-11	ATENCIÓN COMPARTIDA A PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS EN UN ÁREA SANITARIA	22

Insuficiencia Cardíaca (IC)

IC-01	HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR E HIPERTENSIÓN PULMONAR TROMBOEMBÓLICA CRÓNICA. SUPERVIVENCIA EN LA ÚLTIMA DÉCADA. REGISTRO ESPAÑOL DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR.....	25
--------------	--	----

IC-02	CAMBIOS EN EL PERFIL DE LOS PACIENTES INGRESADOS POR INSUFICIENCIA CARDIACA CON FRACCIÓN DE EYECCIÓN PRESERVADA PULMONAR.....	27
--------------	---	----

IC-05	COMPARACIÓN DE CAUSAS DE MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA CON FRACCIÓN DE EYECCIÓN CONSERVADA Y DISMINUIDA PULMONAR.....	28
--------------	--	----

Inflamación/ Enfermedades Autoinmunes (IF)

IF-01	BLOQUEO CARDÍACO CONGÉNITO (BCC) ASOCIADO A LUPUS NEONATAL (LN).....	30
--------------	--	----

IF-02	SARCOIDOSIS. DATOS CLÍNICOS EPIDEMIOLÓGICOS DE UNA COHORTE DE 122 PACIENTES.....	31
--------------	--	----

IF-06	TRATAMIENTO CON FÁRMACOS BIOLÓGICOS. EXPERIENCIA DE UNA UNIDAD DE UVEITIS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL	33
--------------	--	----

IF-10	CARACTERÍSTICAS DE LAS UVEÍTIS EN LA PROVINCIA DE MÁLAGA	35
--------------	--	----

IF-12	IDENTIFICACIÓN DE HAPLOTIPOS DEL GEN HAVCR1 ASOCIADOS CON LOS NIVELES DE EXPRESIÓN DE ARNM Y SUSCEPTIBILIDAD A ENFERMEDADES AUTOINMUNES	36
--------------	---	----

Riesgo Vascular (RV)

RV-04	FACTORES METABÓLICOS ASOCIADOS A MORTALIDAD EN LA POBLACIÓN JUVENIL DE CÁDIZ	39
--------------	--	----

RV-05	RELACIÓN ENTRE EL ÍNDICE DE MASA CORPORAL Y LOS PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO VASCULAR EN PÚBERES GADITANOS	40
--------------	--	----

Enfermedad Tromboembólica (T)

T-01	EVALUACIÓN DE LA PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL EN LA ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA ¿PODEMOS MEJORAR?	43
-------------	---	----

T-05	ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LA PRESENTACIÓN DE LA ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DEL MAR DE CÁDIZ	44
-------------	---	----

Varios (V)

V-02	ANÁLISIS COMPARATIVO DE LAS COMORBILIDADES EN PACIENTES HOSPITALIZADOS POR AGUDIZACIÓN DE ENFERMEDAD OBSTRUCTIVA CRÓNICA DE LOS ESTUDIOS ECCO Y ESMI	47
-------------	--	----

PÓSTERS

Enfermedades Infecciosas (A)

A-01	PERFIL EPIDEMIOLÓGICO, CLÍNICO Y TERAPÉUTICO DE LA POBLACIÓN CON INFECCIÓN VIH EN UN HOSPITAL COMARCAL. ¿ES POSIBLE ASUMIRLOS EN HOSPITALES DE PRIMER NIVEL?	49
A-03	PERFIL CAMBIANTE DE LA ENDOCARDITIS INFECCIOSA CON LA MISMA MORTALIDAD	50
A-05	DESPISTAJE DE NEUROLÚES EN PACIENTES CON INFECCIÓN VIH Y SEROLOGÍA LUÉTICA POSITIVA. EXPERIENCIA DE 4 AÑOS	52
A-07	CARACTERÍSTICAS DIFERENCIALES CLÍNICAS, DIAGNÓSTICAS Y PRONÓSTICAS DE LAS NEUMONÍAS ADQUIRIDAS EN LA COMUNIDAD EN EL ÁREA MÉDICA DE UN HOSPITAL DE REFERENCIA.....	53
A-08	CAMBIOS EN LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICAS DE PACIENTES VIH EN DOS PERIODOS DE TIEMPO.....	55
A-09	ANÁLISIS EPIDEMIOLÓGICO DE LOS EPISODIOS DE NEUMONÍA POR PNEUMOCYSTIS JIROVECCI. RESULTADOS PRELIMINARES	56
A-11	USO HABITUAL DE LOS ANTIBIÓTICOS Y DIAGNÓSTICO SEROLÓGICO EN EL MANEJO DEL PACIENTE CON FIEBRE Q. EXPERIENCIA DE UN CENTRO	57

A-12	ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LA MORBIMORTALIDAD DE LOS PACIENTES CON INFECCIÓN VIH INGRESADOS EN NUESTRO HOSPITAL.....	59
A-13	NEUMONÍA POR PENUMOCYSTIS JIROVECII EN PACIENTES EN TRATAMIENTO CON RITUXIMAB.....	61

Paciente Pluripatológico/ Edad Avanzada (EA)

EA-01	¿SE BENEFICIAN LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS PALIATIVOS DEL PLAN COMPARTE?	63
EA-02	PROGRAMA DE ATENCIÓN COMPARTIDA COMPARTE. BENEFICIOS Y ÁREAS DE MEJORA EN PACIENTES PALIATIVOS ONCOLÓGICOS.....	64
EA-03	ANÁLISIS CRÍTICO DE LA ATENCIÓN AL PACIENTE PLURIPATOLÓGICO EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA ..	65
EA-04	MEDICAMENTOS INAPROPIADOS EN PACIENTES ANCIANOS: ¿SON ÚTILES LOS CRITERIOS DE BEERS EN NUESTRA POBLACIÓN?	67
EA-05	ANÁLISIS RETROSPECTIVO DE PACIENTES CON INGRESO PROLONGADO EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DE UN HOSPITAL COMARCAL	68
EA-06	PROGRAMA EDUCACIÓN SANITARIA EN CUIDADOS PARA PACIENTES Y FAMILIARES	69
EA-07	VALORACIÓN INTEGRAL DE LOS PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS SEGÚN EL PROCESO ASISTENCIAL INTEGRADO DE ATENCIÓN AL PACIENTE PLURIPATOLÓGICO EN ATENCIÓN PRIMARIA. DESCRIPCIÓN DE UNA MUESTRA TRAS LA PUESTA EN MARCHA DEL PROYECTO IMPACTO.....	71
EA-09	HIERRO CARBOXYMALTOSA CON O SIN ERITROPOYETINA EN LA PREVENCIÓN DE TRANSFUSIÓN DE HEMATÍES EN EL PERIODO PERIOPERATORIO FRACTURA DE CADERA OSTEOPORÓTICA. UN ENSAYO CLÍNICO ALEATORIZADO CONTROLADO: EL PROYECTO PAHFRAC-01.....	73
EA-12	CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LOS ANCIANOS HOSPITALIZADOS PROCEDENTES DE RESIDENCIAS SOCIO-SANITARIAS	74

EA-13	SEGUIMIENTO POSTINGRESO DE LOS ANCIANOS HOSPITALIZADOS PROCEDENTES DE RESIDENCIAS SOCIO-SANITARIAS	76
EA-14	ANÁLISIS DE LOS ERRORES DE CONCILIACIÓN E INDICADORES DE CALIDAD EN DICHO PROCESO EN PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL	77

Gestión Clínica (G)

G-01	HOSPITAL PRIVADO DE RECIÉN APERTURA: ORGANIZACIÓN Y ACTIVIDAD DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA.....	79
G-02	¿QUÉ APORTA EL ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA EN LA VALORACIÓN PREVIA A LA CIRUGÍA DE ANEURISMA ABDOMINAL?	80
G-03	GESTIÓN DE CASOS Y COORDINACIÓN SOCIO-SANITARIA COMO INSTRUMENTOS BÁSICOS EN EL MANEJO DE PACIENTES FRÁGILES EN MEDICINA INTERNA.....	81
G-04	¿QUÉ FACTORES INFLUYEN EN LA INADECUADA CUMPLIMENTACIÓN DE LOS REGISTROS CLÍNICOS ENFERMEROS?	83
G-05	ANÁLISIS DE LAS CARGAS DE TRABAJO DE ENFERMERÍA EN UNA UNIDAD DE MEDICINA INTERNA.....	85
G-06	ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DE UNA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA MÉDICA EN UN HOSPITAL COMARCAL	86
G-07	ESTUDIO DE CASOS INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA MÉDICA DEPENDIENTE DE UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA.....	87
G-08	PRESIÓN ASISTENCIAL EN URGENCIAS Y SU IMPACTO EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL ÁREA HOSPITALARIA VIRGEN MACARENA (AHVM)	88
G-09	CONSULTA DE DIAGNÓSTICO RÁPIDO (CDR) DE MEDICINA INTERNA COMO ALTERNATIVA AL INGRESO HOSPITALARIO	90
G-10	“DE GUARDIA” EN UN HOSPITAL	91

Insuficiencia Cardíaca (IC)

IC-03	INSUFICIENCIA CARDIACA CON FRACCIÓN DE EYECCIÓN PRESERVADA, ¿EXISTEN DIFERENCIAS EN FUNCIÓN DEL SERVICIO DE INGRESO?	94
IC-04	FIBRILACIÓN AURICULAR EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA CON FRACCIÓN DE EYECCIÓN PRESERVADA, UNA FRECUENTE ASOCIACIÓN, ¿CON UN PEOR PRONÓSTICO?.....	95
IC-06	PREDICTORES DE ESTANCIAS ANORMALMENTE PROLONGADAS EN INSUFICIENCIA CARDÍACA.....	97
IC-07	ADECUACIÓN DIAGNÓSTICA EN EL MANEJO DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA. ESTUDIO MULTICÉNTRICO PREDICE-GEN.....	98
IC-08	INFLUENCIA DE LA INSUFICIENCIA RENAL EN EL PRONÓSTICO VITAL DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA TRAS SU DIAGNÓSTICO INICIAL	99

Inflamación/ Enfermedades Autoinmunes (IF)

IF-03	SARCOIDOSIS CARDIACA (SARC): REVISIÓN EN UNA COHORTE DE 122 PACIENTES CON SARCOIDOSIS (SAR)	101
IF-04	ALTERACIONES ECOCARDIOGRÁFICAS EN UNA SERIE DE PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO	102
IF-05	HALLAZGOS ECOCARDIOGRÁFICOS EN PACIENTES CON ESCLEROSIS SISTÉMICA	104
IF-07	SISTEMA MELATONINÉRGICO EN CÉLULAS MONONUCLEARES DE SANGRE PERIFÉRICA EN LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO: RELACIÓN CON ACTIVIDAD INFLAMATORIA.....	105
IF-08	EXPRESIÓN DE MICRORNAS. PATRÓN OBSERVADO EN CÉLULAS CD19 DE PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO	106
IF-09	VASCULITIS ANCA+: DESCRIPCIÓN DE LOS CASOS EN UNA CONSULTA DE ENFERMEDADES SISTÉMICAS	108

IF-11 VALORACIÓN DE LA ATENCIÓN SANITARIA DE PACIENTES
CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO EN UN CENTRO
HOSPITALARIO DE REFERENCIA 110

IF-13 ANÁLISIS DESCRIPTIVO Y MANEJO DE PACIENTES CON
TROMBOSIS OCULAR EN UNA CONSULTA DE
ENFERMEDADES SISTÉMICAS DEL HOSPITAL JUAN RAMÓN
JIMÉNEZ 111

Riesgo Vascular (RV)

RV-01 EVALUACIÓN DEL PROTOCOLO DE INSULINIZACIÓN
HOSPITALARIA EN UN HOSPITAL COMARCAL 114

RV-02 VALORACIÓN DEL GRADO DE CONTROL GLUCÉMICO E
HIPOGLUCEMIAS TRAS LA IMPLANTACIÓN DE UN
PROTOCOLO DE INSULINIZACIÓN HOSPITALARIA 115

RV-03 EVALUACIÓN DE LA PLANIFICACIÓN DEL TRATAMIENTO
ANTIABIÓTICO AL ALTA HOSPITALARIA TRAS EL USO DEL
PROTOCOLO DE INSULINIZACIÓN 117

RV-06 ESTUDIO DE PREVALENCIA DE DIABETES MELLITUS TIPO-2
EN PACIENTES HOSPITALIZADOS, GRADO DE CONTROL
METABÓLICO E IMPLEMENTACIÓN DEL TRATAMIENTO
HIPOGLUCEMIANTE AL ALTA 118

RV-07 PREVALENCIA DE HIPOMAGNESEMIA ASOCIADA A LA DIABETES
MELLITUS TIPO 2 EN PACIENTES HOSPITALIZADOS POR
PROCESOS MÉDICOS AGUDOS..... 120

RV-08 RIEGO VASCULAR EN PACIENTES CON DIABETES
MELLITUS TIPO 2 DE INICIO..... 121

Enfermedad Tromboembólica (T)

T-02 FACTORES DE RIESGO DE EMBOLISMO PULMONAR EN
PACIENTES MENORES Y MAYORES DE 50 AÑOS 123

T-03 CARACTERÍSTICAS DEL TROMBOEMBOLISMO PULMONAR
MASIVO EN NUESTRO ÁMBITO HOSPITALARIO EN EL
TRIENIO 2009-11 124

T-04	TROMBOEMBOLISMO PULMONAR: INFLUENCIAS DEL GÉNERO EN LA FORMA DE PRESENTACIÓN Y FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS	125
-------------	--	-----

Varios (V)

V-01	HEMOCROMATOSIS HEREDITARIA: ENFERMEDAD MUY PREVALENTE EN EL ÁREA SANITARIA DEL NORTE DE JAÉN....	128
V-03	PREVALENCIA Y CONCORDANCIA DE LAS DERIVACIONES DE ATENCIÓN PRIMARIA A CONSULTAS EXTERNAS DE MEDICINA INTERNA DE UN HOSPITAL COMARCAL	129
V-04	ANÁLISIS DEL USO DE OPIOIDES EN PACIENTES DADOS DE ALTA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS	130
V-05	ESPECTRO CLÍNICO Y EVOLUTIVO DE LA PANCREATITIS AGUDA	132
V-06	EXPERIENCIA EN UNA UNIDAD DE RIESGO QUIRÚRGICO.....	134
V-07	REACCIONES ADVERSAS HEMATOLÓGICAS: 10 AÑOS DE SEGUIMIENTO EN UN HOSPITAL COMARCAL	135
V-08	EXENATIDE Y LIRAGLUTIDE, EXPERIENCIA CLÍNICA EN UNA UNIDAD DE ENDOCRINOLOGÍA	137
V-09	PERFIL DE LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS QUE FALLECEN EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA	138
V-10	FORMA DE PRESENTACIÓN DE LA PATOLOGÍA TIROIDEA EN LA COMARCA DE LA AXARQUÍA	140
V-11	ESTUDIO DESCRIPTIVO DEL NÓDULO TIROIDEO EN EL HOSPITAL COMARCAL DE LA AXARQUÍA.....	142
V-12	SEROPREVALENCIA DE INFECCIÓN POR HELICOBACTER PYLORI EN PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA	143
V-13	CONCORDANCIA DIAGNÓSTICA ENTRE EL SERVICIO DE URGENCIAS Y EL DE MEDICINA INTERNA EN PACIENTES GRAVES.....	145
V-14	ATENCIÓN INTEGRAL DE PACIENTES AL FINAL DE LA VIDA.....	146
V-15	EXPLORACIÓN DE NECESIDADES ESPIRITUALES EN LA ATENCIÓN DEL FINAL DE LA VIDA EN PACIENTES SINTOMÁTICOS.....	147

V-16	PLURIPATOLOGÍA EN UNA PLANTA DE MEDICINA INTERNA.....	148
V-17	ENFERMEROS Y MÉDICOS VALORAN DE MODO DIFERENTE LOS RIESGOS DE EVENTOS ADVERSOS CON CATÉTERES INTRAVENOSOS.....	149
V-18	REVISTAS Y TEMAS EXPUESTOS DURANTE LA SESIÓN BIBLIOGRÁFICA EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DE UN HOSPITAL GENERAL.....	151
V-19	UTILIDAD DE LA ECOGRAFÍA DE BOLSILLO EN PARACENTESIS Y TORACOCENTESIS EN MEDICINA INTERNA Y NEUMOLOGÍA.....	152
V-20	NUESTRA EXPERIENCIA CON LA HIPERCALCEMIA.....	153
V-21	PROCEDIMIENTO DIAGNÓSTICO DE LAS LOES CEREBRALES SIN NEOPLASIA PRIMARIA CONOCIDA EN NUESTRO MEDIO..	155
V-22	DIAGNÓSTICO DE NEOPLASIA EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DE UN HOSPITAL GENERAL.....	156
V-23	CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE UNA COHORTE DE PACIENTES CONSULTADOS A CUIDADOS PALIATIVOS EN UN HOSPITAL REGIONAL	157
V-24	ANÁLISIS DE SEDACIONES PALIATIVAS REALIZADAS EN UN HOSPITAL REGIONAL CON EQUIPO DE SOPORTE DE CUIDADOS PALIATIVOS.....	159

COMUNICACIONES ORALES

Enfermedades Infecciosas (A)

A-02 UNCINARIASIS IMPORTADA EN EL PONIENTE ALMERIENSE

J. Cuenca Gómez, J. Salas Coronas, J. Vázquez Villegas, M. Soriano Pérez, M. Cabezas Fernández, M. Cabeza Barrera, F. Cobo Martínez

Unidad de Medicina Tropical. Complejo Hospitalario De Poniente. (Ivcs). Almería

OBJETIVOS

La uncinariasis es una de las parasitosis más frecuentes a nivel mundial. Su máxima incidencia se da en los países de África subsahariana. El objetivo de este trabajo es describir el perfil del paciente con diagnóstico de uncinarias atendido en la Unidad de Medicina Tropical del Hospital de Poniente (UMT).

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio observacional retrospectivo de todos los pacientes con diagnóstico de uncinariasis de nuestra unidad desde octubre de 2004 hasta febrero de 2012, recabando los datos sociales, epidemiológicos, clínicos y analíticos de cada paciente

RESULTADOS

De los 1.946 pacientes atendidos en la UMT en este periodo, en 233 (11,97%) se realizó el diagnóstico de uncinariasis. 206 (88,4 %) fueron hombres y 27 mujeres. La edad media fue de 28,25 años (rango 13-65). 170 pacientes (73%) se encontraban en situación administrativa irregular. El tiempo medio de estancia en España fue de 35,57 meses (1-156). El número medio de convivientes fue de 5,31 (0-22). Los países de procedencia más frecuentes fueron: Guinea Bissau 90 (38,62%), Senegal 69 (29,6%) y Mali 27 (11,6%). Destacar 3 pacientes (1,3%) de origen marroquí. Los pacientes fueron derivados principalmente desde Atención Primaria 177 (76%), Digestivo 24 (10,3%) y Medicina Interna 14 (6%). Los motivos principales de derivación fueron dolor abdominal 122 (52,4%), derivación por protocolo de atención primaria 63 (27%), eosinofilia 38 (16,3%) y alteraciones hepáticas 19 (8,2%). Las coparasitosis más frecuentes fueron: Strongyloidiasis 75 (32,2%), Blastocystis hominis 48 (20,6%), Filariasis 42 (18,9%) y Schistosomiasis 28 (12%). 5 pacientes (2,1%) tuvieron diagnóstico asociado de paludismo. En la 1ª consulta se objetivó una media de eosinófilos totales en sangre de 694/mm³ (61-9197), IgE 2.066 UI/mL (12-36333), Hb 14,53 mg/dL (4,5-18) y Htco 42,4 % (17-51,7). El tratamiento administrado fue mebendazol

100 mg/12 h 3 días ó Albendazol 400 mg en dosis única. El pamoato de pirantel se empleó en mujeres embarazadas. En 7 pacientes (3%) fue necesario un nuevo tratamiento por persistencia de la parasitación.

DISCUSIÓN

La uncinariasis o anquilostomiasis es una de las parasitaciones más frecuentes a nivel mundial. La producen dos especies el *Ancylostoma doudenale* que predomina en el sur de Europa, norte de África, Oriente Próxima, norte de China y Australia; y el *Necator americano*, originario de África Suhsahariana, y que predomina América Central y del Sur y en el Sudeste Asiático. La sintomatología más frecuentes de esta parasitación son: dolor abdominal, alteraciones del tránsito intestinal, anemia ferropénica, malnutrición y eosinofilia. Su diagnóstico se establece por la observación de sus huevos en heces, aunque por este método es imposible distinguir una especie de otra y para ello habría que cultivarlos. No obstante a la hora de tratar no nos hace falta conocer la especie, ya que terapia farmacológica es idéntica.

CONCLUSIONES

La parasitación intestinal por uncinarias es una de las helmintosis más prevalentes en los pacientes atendidos en la UMT, sobre todo en aquellos procedentes de África Subsahariana. La aplicación del protocolo inicial de atención al inmigrante permite diagnosticar a un número elevado de pacientes asintomáticos. Desde el punto de vista clínico, la uncinariasis habría que sospecharla en todo paciente procedente de área endémica con dolor abdominal, eosinofilia o anemia ferropénica.

A-04 PNEUMOCYSTIS JIROVECI EN LA NEUMOPATÍA INTERSTICIAL AGUDA

M. Martínez-Risquez¹, M. Calero¹, S. Gutiérrez¹, V. Friaiza², F. Tous²,
C. De la Horra², E. Calderón¹, N. Respaldiza²

¹Servicio de Medicina Interna, ²Ciber de Epidemiología y Salud Pública. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla

OBJETIVOS

La neumonía intersticial aguda (NIA) es una entidad clínico-patológica poco frecuente caracterizada por la presencia de daño alveolar difuso (DAD) y rápida progresión hacia la insuficiencia respiratoria grave con necesidad de ventilación mecánica en la mayoría de los casos. Su etiología es desconocida, aunque se ha planteado la posibilidad de que el proceso pueda estar desencadenado por algún

agente infeccioso. Recientemente, se ha descrito la presencia de colonización por *Pneumocystis jirovecii* en un alto porcentaje de pacientes con neumopatías intersticiales idiopáticas, pero se desconoce su frecuencia en sujetos con NIA. El objetivo de este estudio fue estudiar la presencia de *P. jirovecii* en pacientes con NIA

MATERIAL Y MÉTODO

Identificamos todos los casos de NIA confirmados mediante biopsia atendidos en nuestro centro en los últimos 10 años de los que se disponía de muestras de lavado broncoalveolar (LBA) para identificar la posible presencia de *P. jirovecii* mediante técnicas de PCR con cebadores específicos para la subunidad mayor del gen mitocondrial de este microorganismo, utilizando los correspondientes controles positivos y negativos en cada caso y secuenciación directa para establecer el genotipo.

RESULTADOS

Se identificaron 5 casos (sólo uno de ellos mujer) con edades comprendidas entre los 48 y 75 años. En 4 casos el cuadro clínico se instauró en menos de una semana y todos ellos presentaron insuficiencia respiratoria sin hipercapnia. Todos los casos requirieron ingreso en cuidados intensivos y ventilación mecánica invasiva. En uno de los casos existía un antecedente de síndrome seco y glomerulonefritis focal y segmentaria en tratamiento con corticoides orales y en el caso de la mujer un tratamiento 5 años antes con radioterapia y tamoxifeno por un adenocarcinoma de mama que se encontraba en remisión completa. No hubo ningún caso de infección VIH y los cultivos convencionales de los LBA resultaron negativos en todos los casos. La presencia de ADN de *P. jirovecii* se detectó en los 5 casos estudiados, correspondiendo dos de ellos al genotipo 1 y otros dos al genotipo 3. En uno de los casos no se consiguió una amplificación suficiente para la secuenciación. En dos de los casos se había realizado un tratamiento empírico con cotrimoxazol y uno de ellos fue el único de los 5 pacientes que sobrevivió al episodio de NIA.

DISCUSIÓN

Debido a la rápida progresión a insuficiencia respiratoria grave y por ello, el mal pronóstico que caracteriza a la NIA, son necesarios estudios que pudieran esclarecer la etiología o pudieran ayudar al enfoque e incluso tratamiento de la misma.

CONCLUSIONES

Se ha detectado la presencia de *P. jirovecii* en pacientes con NIA. La alta frecuencia de su hallazgo y el hecho de que sólo sobreviviera un paciente

que recibió un tratamiento efectivo frente a *P. jirovecii* permite plantear que la infección por este microorganismo pudiera tener algún papel en el desarrollo de la NIA, aunque se necesitan estudios adicionales para confirmar esta hipótesis

A-06 INFECCIÓN DE PRÓTESIS ARTICULAR: DESCRIPCIÓN PROSPECTIVA DE UNA COHORTE DE PACIENTES DURANTE 5 AÑOS

A. Fernández Rodríguez¹, L. Vela Manzano¹, I. Ríos Holgado¹,
F. Guerrero Sánchez¹, F. Brun Romero²

¹Servicio de Medicina Interna, ²Especialista en Medicina Interna adscrito a SCOT. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz

OBJETIVOS

Analizar los datos clínicos, epidemiológicos, así como el manejo médico-quirúrgico de los pacientes diagnosticados de infección de prótesis articular (IPA) de rodilla y cadera en nuestro centro en los últimos cinco años.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio prospectivo observacional de la cohorte de pacientes adultos con IPA diagnosticados desde el 1 de enero de 2007 al 31 de diciembre de 2011 en nuestro hospital, tras la aplicación de un protocolo conjunto de colaboración entre los Servicios de Medicina Interna y de Traumatología. Análisis realizado mediante el programa estadístico SPSS versión 19.0. El tipo de infección protésica se clasificó según la clasificación de Tsukayama y cols modificada en: 1) infección postquirúrgica precoz o tipo I (<1 mes tras la intervención); 2) infección postquirúrgica tardía o tipo II (>1 mes y <1 año); 3) infección hematógena o tipo III (>1 año tras la intervención sin síntomas); y 4) cultivo positivo sin sospecha previa de infección o tipo IV. El diagnóstico se realizó a través de cultivos de diferentes muestras intraoperatorias, la presencia de pus macroscópico con cultivos negativos o la existencia de fístula comunicante con la prótesis.

RESULTADOS

Se incluyeron un total de 61 pacientes, con una mediana de edad de 69 (IQR 39-91) años. El 72,1% fueron mujeres. Treinta y tres casos (54,1%) fueron prótesis de rodilla, con una tasa de infección del 4,35%; 28 casos (45,9%) se debieron a complicaciones infecciosas de prótesis de cadera, con una tasa de infección del 2,78%, dentro de las cuales el 77,7% eran prótesis totales y el 22,2% parciales. El motivo de la colocación de las prótesis fue: a) artrosis (68,9%), b) fractura cerrada (19,7%), c) necrosis ósea avascular (5%). El 73,8% de los pacientes presentaba comorbilidad, siendo las más frecuentes: diabetes (27,9%), cardiopatía (24,6%),

y obesidad (23%). El 50% presentó factores de riesgo perioperatorios para infección: infección de localización quirúrgica superficial (18,3%), sangrado abundante (16,7%) y hematoma (15%). De forma independiente, el 44,9% presentó riesgo postoperatorio relacionado principalmente con procedimientos invasivos (23,7%) y traumatismo directo sobre la prótesis (21,1%). Los gérmenes aislados fueron: *Staphylococcus coagulasa-negativo* en el 53% (77,5% meticilín-resistente), *Staphylococcus aureus* en el 13,8% (37,5% meticilín-resistente), y bacilos gramnegativos en el 7% de los casos. El tipo de infección más frecuente fue la crónica (60,3%), seguida de la hematógena (22,4%) y la precoz (15,5%). La mayoría (78,7%) de las infecciones crónicas fueron tratadas mediante recambio protésico en dos tiempos suplementado con tratamiento antibiótico durante 6 semanas según antibiograma. En las infecciones precoces y hematógenas se realizó desbridamiento con conservación de la prótesis en el 63,1%. Disponemos del seguimiento al año de 34 pacientes: el 62,5% estaban asintomáticos, con descenso de los reactantes de fase aguda y manteniendo una buena capacidad funcional (76,6%); 3 pacientes fallecieron al año, uno de ellos por causa directa de la infección

CONCLUSIONES

En nuestra cohorte hay un predominio de pacientes con comorbilidad debido a una población cada vez más envejecida. Al menos la mitad de los pacientes presentó complicaciones peri y postoperatorias. Teniendo en cuenta estas dos situaciones, habría que intentar identificar la población con riesgo elevado de infección para poder realizar un mayor prevención en ellos y evitar en la medida de lo posible nuevos casos de infección, incluso indicando o no el procedimiento quirúrgico. La etiología más frecuente fue similar a la descrita en la literatura, presentando un discreto aumento de *Staphylococcus spp.* resistentes a meticilina. El abordaje quirúrgico fue heterogéneo inicialmente observándose una progresiva adecuación a los protocolos terapéuticos.

A-10 IMPLANTACIÓN DE UNA VÍA CLÍNICA PARA EL ABORDAJE MULTIDISCIPLINAR DE LA INFECCIÓN DE PRÓTESIS ARTICULAR. RESULTADOS TRAS CINCO AÑOS

A. Fernández Rodríguez¹, I. Ríos Holgado¹, L. Vela Manzano¹,
F. Guerrero Sánchez¹, F. Brun Romero²

¹Servicio de Medicina Interna, ²Especialista en Medicina Interna adscrito a SCOT. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz

OBJETIVOS

Analizar la optimización del abordaje multidisciplinar de las infecciones de prótesis articular (IPA) de rodilla y cadera en nuestro centro, mediante la aplicación de una vía clínica consensuada por los Servicios de Cirugía Ortopédica y Traumatológica (SCOT) y Medicina Interna

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio prospectivo observacional de la cohorte de pacientes adultos con IPA diagnosticados desde el 1 de enero de 2007 al 31 de diciembre de 2011 en nuestro hospital tras la aplicación de una vía clínica de colaboración entre los Servicios de Medicina Interna y de Traumatología. Para su aplicación se procedió a la elaboración consensuada de la misma, 2 reuniones de información previas a su puesta en marcha y discusión de casos entre servicios en función de necesidades. Se analizó la adherencia a la misma desde el punto de vista diagnóstico y terapéutico. El cumplimiento del protocolo diagnóstico se consideró adecuado si se tomaron al menos 4 muestras intraoperatorias previo al inicio de la antibioterapia. La idoneidad del tratamiento realizado (antibioterapia más tipo de cirugía aplicada) se ajustó a las indicaciones que el protocolo proponía (conservación de la prótesis en la precoz y hematógena, recambio protésico en dos tiempos en las crónicas, o en caso contrario valoración de tratamiento más o menos agresivo). Análisis realizado mediante el programa estadístico SPSS versión 19.0. El tipo de infección protésica se clasificó según la clasificación de Tsukayama y cols modificada en: 1) infección postquirúrgica precoz o tipo I (<1 mes tras la intervención); 2) infección postquirúrgica tardía o tipo II (>1 mes y <1 año); 3) infección hematógena o tipo III (>1 año tras la intervención sin síntomas); y 4) cultivo positivo sin sospecha previa de infección o tipo IV.

RESULTADOS

Se incluyeron un total de 61 pacientes, con una mediana de edad de 69 (IQR 39-91) años. El 72,1% fueron mujeres. Treinta y tres casos (54,1%) fueron prótesis de rodilla, con una tasa de infección del 4.35%; 28 casos (45,9%) se debieron a complicaciones infecciosas de prótesis de cadera, con una tasa de infección del 2,78%, dentro de las cuales el 77,7% eran prótesis totales y el 22.2% parciales. La adherencia al protocolo diagnóstico fue adecuada en el 61% de los casos. Cuando se analizó dicha adherencia en relación al tiempo de implantación del protocolo, se observó un aumento progresivo del cumplimiento: 47,4% en el primer año, y 85% en el quinto año. Todos los casos se trataron con antibioterapia según antibiograma. El tipo de tratamiento quirúrgico fue adecuado según el protocolo en el 79,1%. Se objetivó también una adecuación

progresiva al mismo, con un 60% al inicio y un 80% en el último periodo. La tasa de infección disminuyó de 4,8% a 1,7% en los casos de IPA de rodilla y de 6,8% a 1% en los casos IPA de cadera, al quinto año.

CONCLUSIONES

Tras un periodo de cinco años se consiguió obtener un progresivo aumento en el número de muestras tomadas previo a la elección de la pauta antibiótica, medida que favorece el éxito de su manejo. El procedimiento quirúrgico se consideró adecuado en un porcentaje elevado desde el inicio del análisis. La aplicación de la vía clínica se tradujo en una reducción de la tasa de infección en nuestra cohorte de pacientes. El valor de nuestro estudio es la optimización del manejo multidisciplinar de las infecciones de prótesis tras la implantación de una vía clínica con un protocolo común de actuación inter-servicios.

A-14 IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA PILOTO INTERNIVELES (AP/AH) PARA REDUCIR LA TASA DE DIAGNÓSTICO TARDÍO EN VIH

M. Cornejo Saucedo¹, E. Chaves Rodríguez¹, F. Brun Romero¹,
C. Fernández Gutiérrez del Álamo², M. Rodríguez Iglesias², J. Girón González¹,
M. Soto Cárdenas¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Microbiología. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz

OBJETIVOS

Evaluación de la implantación de un programa interniveles (Atención Primaria-AP/Atención Hospitalaria-AH) para disminuir la tasa de diagnóstico tardío en nuestra área sanitaria.

MATERIAL Y MÉTODO

Población de estudio: Área sanitaria de la ciudad de Cádiz. Medidas de intervención: Promoción de la realización de la prueba de VIH en aquellas situaciones definidas como indicadores de riesgo, así como promover la realización de la misma en la población general usuaria de los servicios de salud de AP. Para ello se realizaron sesiones itinerantes en los centros de salud de nuestra área sanitaria en el primer trimestre de 2011. Se analizó el número absoluto de solicitudes de serología de VIH procedentes de AP, así como las características de los nuevos casos de VIH detectados en 2011, comparándose con los datos de los periodos anteriores a la implantación del programa.

RESULTADOS

El número de serologías de VIH procedentes de AP fueron 2138 en 2010 y 2551 en 2011, con un incremento del número de solicitudes del 20% tras la implantación del programa. El número de nuevos casos detectados fue de 21 en 2009, 31 en 2010 y 18 en 2011. En 2011, el 61% de los nuevos diagnósticos se realizó en AP, mientras que en 2009 y 2010 esto se produjo en el 50% de los casos. La proporción de diagnósticos tardíos (< 350 linfocitos CD4+) observada en el periodo previo a la implantación del programa fue del 38%-48%, descendiendo al 27% tras la implantación del mismo. La proporción de casos que presentaban criterios definitorios de SIDA o < 200 linfocitos CD4+ fue también menor en el periodo posterior a la implantación del programa (11% en 2011, por un 29% en los años 2009-2010).

DISCUSIÓN

En los últimos años se ha observado un cambio en el perfil de los pacientes con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Como consecuencia de ello, la proporción de pacientes con diagnóstico tardío es elevada, lo que conlleva importantes implicaciones en el control de la enfermedad tanto de forma individual como en el contexto de la salud pública.

CONCLUSIONES

La implantación de un programa de promoción del screening de VIH en Atención Primaria puede ser una herramienta útil para disminuir la tasa de diagnóstico tardío de VIH, con lo cual los pacientes podrían beneficiarse de recibir tratamiento antes de que la situación inmunológica sea desfavorable.

Paciente Pluripatológico/ Edad Avanzada (EA)

EA-08 MEDICACIÓN POTENCIALMENTE INADECUADA EN EL PACIENTE ANCIANO POLIMEDICADO DETECTADA AL INGRESO EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

A. Ruiz Serrato¹, C. Galán Retamal², R. Garrido Fernández²,
S. Fernández Espínola², M. Vallejo Herrera¹, M. Guerrero León¹,
V. Padilla Marín², M. García Ordóñez¹

¹Unidad de Gestión Clínica de Medicina Interna. Hospital Comarcal de Antequera. Antequera (Málaga)

²Unidad de Gestión Clínica de Farmacia. Hospital Comarcal Antequera. Antequera (Málaga)

OBJETIVOS

Determinar la prevalencia, tipo de medicación potencialmente inadecuada (PIM), y factores asociados a su empleo en el paciente anciano polimedicado ingresado en un servicio de medicina interna.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo transversal desarrollado en 12 meses en 247 pacientes ingresados en medicina interna, mayores de 65 años y polimedcados (más de 6 medicamentos durante al menos 6 meses). Se excluyen aquellos con pronóstico infausto, trasladados a otros servicios o exitus. Variable principal: prevalencia global de pacientes con PIM al ingreso. Variables secundarias: edad, sexo, número de medicamentos, pluripatología, índice de Charlson y Barthel, así como su asociación a la aparición de PIM. Definición PIM: fármaco con riesgo significativo de causar evento adverso en el anciano. Para dicha inclusión se realizó una selección previa de criterios extraídos de los referenciados y validados Beers, STOPP y otros como BMC y Priscus mediante metodología Delphi. Se analizó porcentajes, medias y relación entre variables mediante el programa SPSS 13.0.

RESULTADOS

Muestra de 179 pacientes, edad media 79.55 años (DE: 6.615) siendo el 49.2% mujeres. El 68,5% eran pluripatológicos, con Charlson medio de 2.25 (DE: 1.15), un 73.3% >3 puntos, y un Barthel medio de 55.39 (DE: 31.27). El número medio de fármacos al ingreso fue de 11.5 (DE:2.7), teniendo el 74.5% más de 11 fármacos y siendo la aparición media de PIM 1.6 por paciente (DE: 1.6). La prevalencia de pacientes con PIM al ingreso fue 127 (70.9%) representada por: Benzodicepinas

de acción larga > 30 días 38(21.23%), antihipertensivos+AINes 35(19.55%), AINes en pauta fija >3 meses 30(16.76%), AINes+diuréticos 30(16.76%), VSD cerebrales 28(15.64%), AINes+IECAs 19(10.61%) y Digoxina más de 0.125mg/día 16(8.94%). El 26% restante lo forman Ketoprofeno, Amitriptilina, 2 AINes, Hidroxicina, AAs >125mg/día, BB+ Verapamilo y fluoxetina respectivamente. De los 50 criterios PIM evaluados en la muestra, se detectaron 27 al ingreso, siendo el 55.5% criterios STOPP y 26.9% Beers. En el análisis multivariante no se halló diferencias estadísticamente significativas entre la aparición de PIM y las variables secundarias.

DISCUSIÓN

El incremento de la población mayor de 65 años, hace que se acumule en estos, mayor prevalencia de enfermedades crónicas y en consecuencia el consumo del 25-50% de los medicamentos prescritos. La complejidad de la prescripción en esta población, favorece la aparición de efectos indeseables en parte asociado al empleo de fármacos potencialmente inadecuados en el paciente anciano, tal y como expresan los criterios más ampliamente empleados, Beers o STOPP-START. El uso de estos fármacos favorecen la aparición de complicaciones en esta población pluripatológica y polimedicada, estimada su aparición en los diferentes estudios desde el 40% anglosajón al 69% de nuestro ámbito, con el impacto socio-sanitario que ello conlleva.

CONCLUSIONES

· La prevalencia de PIM al ingreso en nuestra muestra es muy alta en comparación a otros estudios publicados de nuestro ámbito, existiendo un gran número de pacientes con una importante polimedicación. · Los PIM más representativos son benzodiacepinas, AINes y su combinación con antihipertensivos y diuréticos. · En nuestro estudio no hallamos relación entre el empleo de PIM al ingreso y factores sociodemográficos o comorbilidad.

EA-10 DERIVACIÓN Y VALIDACIÓN DE UNA NUEVA HERRAMIENTA PRONÓSTICA PARA IDENTIFICAR LA TRAYECTORIA DE FIN DE VIDA EN PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS NO NEOPLÁSICAS EN ESTADIO AVANZADO: ÍNDICE PALIAR

M. Bernabeu Wittel¹, J. Praena Segovia¹, J. Murcia Zaragoza²,
B. Escolano Fernández³, G. Jarava Rol³, C. Hernández Quiles¹, M. Oliver⁴, en
representación de los Investigadores del Proyecto Paliar⁵

¹*Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Regional Virgen del Rocío. Sevilla*

²*Servicio de Medicina Interna. Hospital Vega Baja de Orihuela. Orihuela (Alicante)*

³*Servicio de Medicina Interna. Hospital de la Serranía de Ronda. Ronda (Málaga)*

⁴*Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen del Camino. Sanlúcar de Barrameda (Cádiz)*

⁵*Grupo de estudio de Pacientes Pluripatológicos y de Edad Avanzada de la SEMI*

OBJETIVOS

Los instrumentos que disponemos actualmente para predecir la trayectoria vital de los pacientes con enfermedades crónicas no neoplásicas en estadios avanzados (ECNNEA) adolecen de precisión. El objetivo de nuestro estudio es desarrollar una herramienta pronóstica fiable que permita identificar la trayectoria de final de la vida (fallecimiento en 6 meses) en esta población de pacientes

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio multicéntrico de cohortes prospectivas de 41 hospitales españoles, con inclusión de pacientes hospitalizados, de consultas ú hospitalización domiciliaria. Se incluyeron pacientes con una o más de: Insuficiencia cardíaca con disnea≥III NYHA; insuficiencia respiratoria con disnea≥III MRC y/o satO₂<90% y/o O₂domiciliaria; insuficiencia renal crónica 4-5; hepatopatía crónica CP>7; y/o enfermedad neurológica crónica con deterioro cognitivo/funcional (Pfeiffer>6 y/o MEC≤18 y/o Barthel<60). Seguimiento de 6 meses, el evento principal considerado fue la muerte. Los factores de riesgo potenciales de mortalidad se obtuvieron de los datos clínicos multidimensionales en los 1788 (98.6%) que finalizaron el seguimiento. A cada factor asociado independientemente a la mortalidad en la cohorte de derivación (884 pacientes de los hospitales de la mitad oriental del país) se le asignó un peso pronóstico en función de su riesgo relativo. La puntuación del índice PALIAR se calculó para cada paciente sumando los puntos de cada factor pronóstico. Posteriormente los pacientes se agruparon en cuartiles de riesgo, según la probabilidad de fallecer pronosticada por el modelo,

obteniéndose los subgrupos de riesgo. La precisión del índice se evaluó en la cohorte de derivación y en la de validación (894 pacientes de los hospitales de la mitad occidental del país) analizando su calibración (bondad de ajuste de Hosmer-Lemeshow, y curvas de Kaplan-Meier con test de logaritmo del rango); y su poder discriminativo (mediante curvas ROC y cálculo del área bajo la curva). Finalmente se comparó la precisión del índice PALIAR con el índice de Charlson (IC), el IC ajustado a edad y el Palliative Prognostic Index (PPI).

RESULTADOS

La mortalidad en las cohortes de derivación/validación fue 37.6% y 37.7%. Se identificaron 6 factores predictores independientes con los que se construyó el índice ponderando su peso (edad \geq 85 años,3 puntos; disnea clase IV NYHA y/o MRC,3.5 puntos; anorexia,3.5 puntos; úlcera de decúbito,3 puntos; encamado o pasar >50% del tiempo vigil en cama (ECOG-PS \geq 3),4 puntos; y albuminemia<2.5g/dL,4 puntos). La mortalidad en los grupos de riesgo de las cohortes de derivación/validación fue 20%/21.5% para los pacientes con 0 puntos; 33%/30.5% para aquéllos con 3-3.5 puntos; 46.3%/43% para 6-7 puntos; y 67%/61% para los que alcanzaron \geq 7.5. La calibración fue buena en ambas cohortes (bondad de ajuste mediante el test de Hosmer-Lemeshov [H-L], $p=.92/p=.39$; test del logaritmo del rango combinado sobre los estratos, con $p<.0001$), así como el poder discriminativo que obtuvo un área bajo la curva de 0.71[0.67-0.75]/0.68[0.66-0.72] en la cohorte de derivación/validación. La calibración del IC (H-L con $p=.09$), el PPI (H-L con $p=.37$), y el IC ajustado a edad (H-L con $p<.0001$) fueron buenas salvo en este último; mientras que el poder discriminativo de las tres (área bajo la curva 0.52, 0.67, 0.57 respectivamente), fue inferior al del índice PALIAR.

CONCLUSIONES

El índice PALIAR es una herramienta precisa y transportable para identificar la trayectoria de final de vida en pacientes con ECNNEA.

EA-11 ATENCIÓN COMPARTIDA A PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS EN UN ÁREA SANITARIA

M. García Ordóñez, B. Torres Verdú, C. Galán Retamal, F. Aguilera Aguilera, F. Pozo Muñoz, A. Vera Carmona, R. García Cisneros, S. Fernández Ruiz
Hospital de Antequera. Área Sanitaria Norte de Málaga. Antequera (Málaga)

OBJETIVOS

Estratificar la población con enfermedades crónicas de un área sanitaria e identificar intervenciones que debe contemplar priorizandolas según grado de pertinencia e implantación.

MATERIAL Y MÉTODO

A través de los sistemas de información del área sanitaria, se incluye la población del estudio: Pluripatológico (según definición del PAI), Polimedicado (en tratamiento con 6 o más medicamentos durante 6 o más meses) y Paciente frágil (según Índice de Fragilidad o Harp modificado y con Índice de Barthel menor de 60), con determinados criterios de riesgo (CR): ingresos hospitalarios, seguimiento por 2 o más especialidades hospitalarias, seis o más visitas a urgencias hospitalarias, doce o más visitas a atención primaria, en los últimos doce meses. Se formó un grupo de trabajo de profesionales sanitarios (médicos, enfermería, farmacéuticos, trabajadores sociales) del área sanitaria, de atención primaria y hospitalaria. El IEMAC "Instrumento de Evaluación de Modelos de Atención ante la Cronicidad" (O+Berri, UMH y MSD) es un cuestionario de 27 componentes y 80 intervenciones se que recogen seis dimensiones. Se envió a todos los profesionales sanitarios de Atención Primaria y del área médica Hospitalaria que puntuaron el grado de pertinencia e implantación de todos y cada uno de los ítems del IEMAC. Tras su análisis se priorizaron por mayor grado de pertinencia y menor grado de implantación y se estableció áreas de mejora siguiendo metodología Delphi considerando efectividad, coste, factibilidad y aceptación de las mismas, para cada nivel estratificado de riesgo.

RESULTADOS

La población total del área es de 115.100 habitantes. Las personas con enfermedades crónicas se estratificaron en 4 niveles: Nivel 1: Paciente Pluripatológico y/o polimedicado sin CR: 1,87% (n=2.164). Nivel 2: Paciente Pluripatológico y/o polimedicado con 2 o más CR: 1,17% (n=1.357). Nivel 3: Pacientes frágiles y dos o más CR: 0,35% (n=404). Nivel 4: Pacientes frágiles y polimedicados o pluripatológicos con dos o mas CR: 0,15% (n=184). Se envió el IEMAC a 239 profesionales, con una tasa de respuesta del 46.9% (117 contestadas). De ellas, el 85% eran profesionales de atención primaria, 47% médicos y 51% enfermería, con edad media de 43,9 años y el 55% mujeres. La priorización de las intervenciones en base a pertinencia (mayor puntuación) e implantación (menor puntuación) fueron, según la dimensión, para dimensión III: competencias profesionales, trabajo en equipo y seguimiento activo del paciente; dimensión IV: educación terapéutica estructurada, activación psicosocial del

paciente y toma decisiones compartida; dimensión V: protocolos y guías compartidas y consultoría y enlace; y dimensión VI: comunicación de información clínica entre profesionales. El grupo operativo estableció áreas de mejora prioritarias: vías de comunicación estructuradas interniveles, acciones formativas dirigidas a profesionales, plan terapéutico y de cuidados individualizados por nivel de riesgo, perfil competencial profesional en la atención al paciente crónico, objetivos comunes entre las unidades clínicas interniveles.

DISCUSIÓN

A través de la estratificación de la población con enfermedades crónicas y usando una herramienta validada como el IMEAC se han identificado y priorizado intervenciones para dicha población. Creemos que es una buena aproximación para el diseño de un plan local de atención al paciente crónico.

CONCLUSIONES

La población con enfermedades crónicas de un Área Sanitaria se ha estratificado siguiendo determinados criterios de riesgo. A partir de profesionales sanitarios se han identificado, según el grado de pertinencia e implantación, unas intervenciones y áreas de mejora para cada uno de los niveles estraificados. Se ha generado un modelo de atención a pacientes crónicos en un ámbito local.

Insuficiencia Cardíaca (IC)

IC-01 HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR E HIPERTENSIÓN PULMONAR TROMBOEMBÓLICA CRÓNICA. SUPERVIVENCIA EN LA ÚLTIMA DÉCADA. REGISTRO ESPAÑOL DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR

R. González León¹, P. Escribano Subías², I. Blanco Vich³, M. López Meseguer⁴, C. Jiménez-López Guarch², A. Román Broto⁴, P. Morales Marín⁵, M. Castillo Palma¹, en representación del Grupo de Investigación del Registro Español de Hipertensión Pulmonar (REHAP)

¹Servicio de Medicina Interna (Grupo de Investigación CTS-279: Colagenosis). Hospital Virgen del Rocío. Sevilla

²Servicio de Cardiología. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid

³Servicio de Neumología. Centre Sociosanitari Hosp. Clínic i Provincial de Barcelona. Barcelona

⁴Servicio de Neumología. Centre Sociosanitari Sant Jordi de la Vall d'Hebron. Barcelona

⁵Servicio de Neumología. Hospital Universitario la Fe. Valencia

OBJETIVOS

Análizar prevalencia, incidencia, manejo clínico y supervivencia de los pacientes con hipertensión arterial pulmonar (HAP) e hipertensión pulmonar tromboembólica crónica (HPTEC) incluidos en el REHAP.

MATERIAL Y MÉTODO

Se analizan los datos correspondientes a pacientes adultos (>de 14 años) consecutivos, procedentes de 31 centros, con diagnóstico de HAP o de HPTEC confirmado mediante cateterismo cardíaco derecho [presión arterial pulmonar media (PAPm) ≥ 25 mm Hg; resistencia vascular pulmonar (RVP) ≥ 3 UW; presión capilar pulmonar (PCP) ≤ 15 mm Hg], reclutados entre julio de 2007 y junio de 2008, incluyendo variables demográficas, funcionales, hemodinámicas y de seguimiento.

RESULTADOS

Del total de 1028 pacientes, 861 (prevalentes) estaban diagnosticados antes de 2007; el resto, 167, fueron incidentales. La etiología de la HAP (866 pacientes) fue: idiopática (HAPI; 30%), asociada a enfermedad del tejido conectivo (ETC, 15%), cardiopatía congénita (CC, 16%), infección VIH (5%); hipertensión portal (HTP, 6%), síndrome de aceite tóxico (SAT, 3%) y enfermedad pulmonar venooclusiva

(EPVO1,5%). El resto (162 pacientes) corresponde a HPTEC. En el momento del diagnóstico, la clase funcional (CF) fue III-IV, en el 70%. Los pacientes con HPTEC eran ($p<0,05$) de mayor edad (60 ± 15 vs 45 ± 17 años), con una mayor proporción de varón/mujer ($42/58\%$ vs $23/77\%$), peor capacidad de esfuerzo en la prueba de la marcha de 6 minutos (PM6M; 317 ± 110 vs 363 ± 120 metros), PAPm mas baja (48 ± 13 vs 54 ± 16 mmHg) y menor índice cardíaco (IC; $2,3\pm 0,6$ vs $2,6\pm 0,9$ l/min/m²) que los pacientes con HAP. En el análisis multivariante del grupo total, los únicos predictores independientes de mortalidad fueron el sexo masculino [HR 1,38 (CI 1,03-1,83); p 0.03], la presión de aurícula derecha (PAD) [HR 1,30 (CI 1,15-1,57); $p<0,001$] y el IC [HR 0,61 (CI 0,51-0,75); $p<0,001$]. La prevalencia mínima estimada es de 16 casos/millón de habitantes adultos (MHA) para la HAP y de 3,2/MHA para la HPTEC. La incidencia mínima estimada para la HP fue de 4,6 casos/MHA/año (HAP= 3,7; HPTEC= 0,9 casos/MHA/año). La supervivencia, para todo el grupo, a 1, 3 y 5 años fue de 87, 75 y 65% respectivamente. La supervivencia, respecto a la observada en HAPI fue peor en los casos de HAP asociada a ETC ($p=0,003$), HTP ($p<0,001$) y EPVO ($p=0,001$).

DISCUSIÓN

El REHAP es uno de los mayores registros existentes de HAP comunicado hasta la fecha y que ofrece, además, datos acerca de HPTEC, pacientes con EPVO y afectados por SAT. Comprobamos una gran similitud en cuanto a epidemiología, evolución y supervivencia con los recientemente publicados registros europeos y americanos. Confirmamos un significativo aumento de supervivencia con las actuales estrategias de tratamiento y la aplicabilidad de las nuevas ecuaciones de predicción de supervivencia.

CONCLUSIONES

Los datos epidemiológicos y de supervivencia del REHAP son equiparables a los de otros registros nacionales. El nuestro es el primero que proporciona datos epidemiológicos relativos a pacientes con HPTEC: estos pacientes son de mayor edad y se diagnostican en fases más avanzadas de HP.

IC-02 CAMBIOS EN EL PERFIL DE LOS PACIENTES INGRESADOS POR INSUFICIENCIA CARDIACA CON FRACCIÓN DE EYECCIÓN PRESERVADA

R. Quirós López¹, C. Herrera Espiñeira⁶, A. Escobar Martín², J. Ramos Clemente³, G. Navarro Rubio⁴, L. García Pérez⁵, V. Núñez Rodríguez¹, J. García Alegría¹

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital Costa del Sol. Marbella (Málaga)

⁶Servicio de Enfermería. Complejo Hospitalario Regional Virgen de Las Nieves. Granada

²Unidad de Investigación. Hospital de Basurto. Bilbao (Vizcaya)

³Servicio de Medicina Interna. Hospital Comarcal Infanta Elena. Huelva

⁴Servicio de Epidemiología y Evaluación. Corporación Sanitaria Parc Taulí. Sabadell (Barcelona)

⁵Servicio de Evaluación. Fundación Canaria de Investigación y Salud. Santa Cruz de Tenerife

OBJETIVOS

Analizar el perfil actual de los pacientes ingresados por IC con fracción de eyección preservada, comparando con las características de los pacientes ingresados hace 10 años.

MATERIAL Y MÉTODO

Se analizan las diferencias entre dos cohortes de pacientes ingresados de forma consecutiva por primer episodio de IC con fracción de eyección igual o superior al 50%. Una primera muestra correspondiente a los años 1997-2001, con análisis de cohortes retrospectivo. La segunda muestra de comparación corresponde a pacientes ingresados por el mismo motivo entre el año 2010 al 2012, con análisis prospectivo y multicéntrico. Se incluyen en el análisis variables demográficas, comorbilidad y variables analíticas al ingreso.

RESULTADOS

Durante el periodo 1997-2001 ingresan 231 pacientes, mientras que en el segundo periodo (2010-2012) ingresan 178.

CONCLUSIONES

Los pacientes que ingresan por insuficiencia cardiaca con fracción de eyección preservada siguen siendo mujeres en mayor proporción. La edad está incrementando, al igual que la prevalencia de fibrilación auricular. Las comorbilidades clásicas de la IC se mantienen sin grandes cambios en la última década. Este estudio forma parte del Proyecto de investigación PS09-01770 del Instituto de Salud Carlos III.

IC-05 COMPARACIÓN DE CAUSAS DE MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA CON FRACCIÓN DE EYECCIÓN CONSERVADA Y DISMINUIDA

L. Pérez Belmonte, V. Herrero García, F. Zafra Sánchez, M. Platero Sánchez-Escribano, P. Medina Delgado, M. Blanco Díaz, J. Constan Rodríguez, M. Martínez Delgado

Servicio de Medicina Interna. Hospital Comarcal de la Axarquía. Torre del Mar-Vélez-Málaga (Málaga)

OBJETIVOS

Comparar las causas de muerte en los pacientes con insuficiencia cardíaca ingresados en nuestro servicio en los últimos 5 años, atendiendo a si tenía fracción de eyección ventricular izquierda (FEVI) al 50% o superior e inferior al 50%.

MATERIAL Y MÉTODO

Análisis descriptivo transversal de los pacientes con insuficiencia cardíaca ingresados en nuestro servicio desde Enero de 2007 a Diciembre 2011. Los pacientes fueron categorizados en dos grupos: aquellos con FEVI conservada (GFC) y disminuida (GFD). Se han revisado los informes de alta de los pacientes ingresados y hemos analizado datos demográficos, hábitos tóxicos, comorbilidad y causas de muerte intrahospitalaria. Se realizó un análisis estadístico bivariante, comparando las variables cualitativas con el test de Chi² y las cuantitativas con el test de la t de Student.

RESULTADOS

Se han incluido un total de 681 pacientes, el 55,51% con FEVI disminuida, de los que fallecieron intrahospitalariamente 43 (6,3%), 33 (76,7%) con FEVI deprimida y 10 (23,3%) con FEVI normal ($p < 0,01$). El GFD tienen una edad media menor, 70,88 vs 74,24 años ($p < 0,05$), menos mujeres, 29,6 vs 50,5% ($p < 0,0001$), y más extranjeros 19,8 vs 6,9% ($p < 0,0001$). En el GFC, la presencia de fibrilación auricular y EPOC es más común, 46,5 vs 34,7% ($p < 0,001$) y 26,4 vs 18,5% ($p < 0,05$), pero la cardiopatía isquémica es menos prevalente, 26,9 vs 63,5% ($p < 0,0001$). Las causas de muerte se distribuyen de la siguiente forma, GFD vs GFC: 1) Descompensación de la insuficiencia cardíaca de base-Edema agudo de pulmón: 51,5 vs 50%; 2) Otras causa de muerte cardiovascular (Ictus e infarto agudo de miocardio): 30,3 vs 40%; y 3) Otras causas: 18,18 vs 10% ($p < 0,05$).

DISCUSIÓN

Hay una gran controversia hoy día en cuanto a la diferencia en el pronóstico entre la insuficiencia cardíaca con FEVI conservada y disminuida, en parte debido al desconocimiento de las causas de muerte de los pacientes con disfunción diastólica. En este estudio se vislumbran algunas diferencias sobre todo en el grupo de otras patologías cardiovasculares, teniendo en cuenta que en el GFC hubo mayor mortalidad relacionada con la comorbilidad de dichos pacientes.

CONCLUSIONES

Los pacientes con insuficiencia cardíaca con FEVI conservada fallecen intrahospitalariamente por afectaciones cardiovasculares del tipo infarto agudo de miocardio e ictus a diferencia de los pacientes con FEVI disminuida que lo hacen por agravamiento de la insuficiencia cardíaca.

Inflamación/ Enfermedades Autoinmunes (IF)

IF-01 BLOQUEO CARDÍACO CONGÉNITO (BCC) ASOCIADO A LUPUS NEONATAL (LN)

R. Garrido Rasco¹, E. Montero Mateos¹, R. González León¹, C. González Pulido¹, J. Grueso Montero², F. García Hernández², C. Ocaña Medina¹, M. Castillo Palma¹

¹Servicio de Medicina Interna (Grupo de Investigación CTS-279: Colagenosis),

²Servicio de Cardiología Infantil. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla

OBJETIVOS

Describir las características clínicas de una serie de casos de (BCC), así como de sus madres, especialmente los debidos a LN (BCC LN+). Analizar las diferencias en cuanto a presentación clínica y pronóstico entre los diferentes grupos. Describir nuestra experiencia en el tratamiento preventivo con gammaglobulina i.v. (GGIV) en mujeres con alto riesgo de hijo con BCC LN+ (acs.anti-Ro/SSA y/o anti-La/SSB, y/o antecedente de un hijo con BCC LN+), en las que el riesgo es del 20%.

MATERIAL Y MÉTODO

1) Análisis retrospectivo de los casos de BCC seguidos entre enero-1980 y diciembre-2010, independientemente de su etiopatogenia. Se analizaron sus características clínicas así como las de sus madres, especialmente de aquellas con hijos con BCC LN+. 2) valoración prospectiva del tratamiento con GGIV para prevenir el BCC LN+ en gestantes de alto riesgo (administración de 400 mg/Kg en las semanas 12, 15, 18,21 y 24 de gestación con control ecocardiográfico cada 3 semanas desde la 15 a la 30. Las variables cuantitativas se compararon mediante la prueba de "t" de Student y las cualitativas con la de ji-2, o de Fisher cuando lo requería el tamaño muestral.

RESULTADOS

Se incluyeron 29 casos de BCC: 15 aislados de origen inmune (BCC LN+, 52%), 11 aislados de origen no inmune (BCC LN-, 38%) y 3 debidos a cardiopatía estructural (CE 10%). En el grupo BCC LN+, encontramos un mayor número diagnosticados intraútero ($p<0,008$), mayor número con CE de tipo menor asociada (no responsable del BCC, $p<0,046$) y necesidad más precoz de marcapasos (MP) ($p<0,025$),respecto a los BCC LN-aislados. También encontramos en dicho grupo mayor número de BCC completo, mayor necesidad de MP, y más complicaciones asociadas (insuficiencia cardíaca e hydrops), aunque sin significación estadística. El 100% de los BCC LN+ presentan acs.

anti-Ro/SSA 52Kd. No objetivamos mayor mortalidad en el subgrupo de CE, probablemente por el reducido tamaño de la muestra. Se estudiaron 14 madres de hijos con BCC LE+, sólo 2 diagnosticadas previamente de enfermedad autoinmune sistémica (síndrome de Sjögren [SS]), el resto se estudiaron tras conocer el diagnóstico de BCC (7 SS: 50%; 1 LES: 7%; y 4 con acs. positivos aislados). El 100% tenían acs. con el mismo patrón que en sus recién nacidos (RN). Tres recibieron dexametasona tras conocerse el diagnóstico de BCC LN+ en el feto, sin obtener respuesta. Tres recibieron tratamiento con GGIV (100% con SS). Dos tuvieron RN sanos (66,6%) y una con BCC (33,3%).

DISCUSIÓN

Los BCC por CE tienen peor pronóstico que los aislados. Aunque los autores discrepan al comparar el pronóstico del BCC LN+ y del BCC LN- nuestros datos orientan a mayor prematuridad y peor pronóstico en los primeros. A pesar de que que en series cortas fue eficaz el tratamiento preventivo con GGIV, en nuestra experiencia (incluida también en un estudio multicéntrico europeo) el riesgo de un segundo hijo con GGIV se asemeja al descrito en no tratadas. **CONCLUSIONES** Todo RN con BCC se debe estudiar desde el punto de vista autoinmune ya que más de la mitad de los casos se asocian a LN. Los datos de nuestra serie orientan a una mayor morbilidad y peor pronóstico en los BCC LN+. El tratamiento preventivo de gestantes de alto riesgo con GGIV no ha dado los buenos resultados esperados.

IF-02 SARCOIDOSIS. DATOS CLÍNICOS EPIDEMIOLÓGICOS DE UNA COHORTE DE 122 PACIENTES

C. Ocaña Medina, A. León Guisado, R. González León, E. Montero Mateos, C. González Pulido, F. García Hernández, I. Porras Antrás, M. Castillo Palma
Servicio de Medicina Interna (Grupo de Investigación CTS-279: Colagenosis). Hospital Virgen del Rocío. Sevilla

OBJETIVOS

Analizar los datos clínico-epidemiológicos de una cohorte de pacientes (pts) diagnosticados de sarcoidosis (SAR) una Unidad de Enfermedades Sistémicas de un hospital de 3º nivel.

MATERIAL Y MÉTODO

Se analizaron los datos recogidos según protocolo preestablecido de 122 pts. diagnosticados de SAR (Cuadro clínico-radiológico, histología y evolución compatibles, y exclusión razonable de otros procesos granulomatosos). Análisis estadístico: la prueba ji-2 y t de Student (variables dicotómicas y continuas)

RESULTADOS

De los 122 pts 41 (33,6%) eran hombres; la edad media en el diagnóstico fue de 40 años. Tres pts (2,4%) tenían antecedentes familiares de SAR; 32 (26,2%) de tabaquismo, 25 (20,5%) alérgicos (15 de ellos asmáticos [12,3%]), 17 (14%) diabetes mellitus, 27 (22%) hipertensión arterial y 6 (5%) tuberculosis. Formas de inicio: agudas en 46 (37,1%) y silente en 70 (57,3%). Patología asociada en 24 (19,6%): en 8 (36,3%) tiroidea; en 2 (1,63%), púrpura trombocitopénica idiopática, psoriasis, artritis reumatoide o inmunodeficiencia comun variable (IDCV); en 1 (0,8%) nefropatía IgA, polimiositis, vitiligo, colangitis esclerosante, espondilitis anquilosante o gammapatía monoclonal. Un paciente con IDCV falleció por leucoencefalopatía multifocal progresiva (LMP). Clínica inicial: cutánea 36 (29,5%), pulmonar 29 (23,7%), articular 16 (13,1%), ganglionar 11 (9%), hallazgo radiológico 10 (8%), general 9 (7,3%), ocular 6 (5%), hepatoesplenomegalia 5 (4%), neurológica 4 (3,2%), muscular 2 (1,63%) y nódulo laríngeo o pólipo nasal en 1 (0,8%). Afectación pulmonar radiológica en 113 (92,6%) [estadio I 43 (35,2%), II 56 (46%), IIIA 10 (8,1%), IIIB 4 (3,2%)], fibrosis pulmonar en 66 (54%) y nódulos pulmonares en 54 (44,2%). Se constató disnea en 43 (35%), y CVF <70% en 12 (10%). Repercusión visceral extratorácica: articular 70 (58%), cutánea 53 (44%), hepática 51 (42%), esplenomegalia 37 (30,3%), adenopatías periféricas 36 (29,5%), hepatomegalia 32 (26,2%), neurológica 22 (18%), nefropatía 18 (14,7%), síndrome seco 10 (8%), sialomegalia 8 (6,5%). La afectación cardíaca se constató en 5 (4%) y será considerada en otra comunicación. Biopsias realizadas: 110 (90%). ECA elevada en 73 (59,8%): Evolución favorable en 88 (73,3%), crónica en 24; fallecimiento en 2 (LMP e hipertensión arterial pulmonar [HAP]+esclerodermia). Tratamientos: glucocorticoides (GCC) en 86 (70%); antipalúdicos 2, dapsona 1, metrotexato 3, ciclofosfamida 6, azatioprina 2, micofenolato 1, ciclosporina 8, adalimumab 2, etanercept 1.

DISCUSIÓN

La distribución por sexos es semejante aunque la edad de comienzo fue ligeramente mayor que lo comunicado. Aunque se ha comunicado una mayor frecuencia de sarcoidosis en no fumadores, la prevalencia de tabaquismo observada es idéntica a la de la población española. Encontramos una frecuencia elevada de manifestaciones atópicas (aunque está en los límites altos de lo comunicado en la población española) y de afectación articular y extrapulmonar en general, especialmente como cuadros de inicio. Comunicamos un caso de LMP independiente de tratamiento inmunosupresor, circunstancia ya descrita

aunque excepcionalmente en individuos con SAR. La respuesta al tratamiento fue favorable en la mayoría de los casos. Los GCC fueron los agentes más frecuentemente utilizados. La mortalidad (baja) se asoció a circunstancias excepcionales (HTP y LMP).

CONCLUSIONES

Las características de nuestra serie son semejantes, aunque con matices, a las de otras publicadas. La participación extrapulmonar fue muy frecuente. Los GCC fueron el tratamiento más común. La evolución fue, en general, favorable y la mortalidad se asoció con circunstancias excepcionales (HAP y LMP).

IF-06 TRATAMIENTO CON FÁRMACOS BIOLÓGICOS. EXPERIENCIA DE UNA UNIDAD DE UVEÍTIS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

I. Porras Antrás¹, E. Montero Mateos¹, R. González León¹, T. Rueda Rueda², C. González Pulido¹, C. Ocaña Medina¹, F. García Hernández¹, M. Castillo Palma¹

¹Servicio de Medicina Interna (Grupo de Investigación CTS-279: Colagenosis),

²Servicio de Oftalmología. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla

OBJETIVOS

Evaluar la experiencia en el tratamiento con fármacos biológicos en pacientes controlados por una Unidad de Uveítis de un hospital de tercer nivel.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio retrospectivo basado en la revisión de la historia clínica de los pacientes con uveítis tratados con fármacos biológicos. Se determinó la respuesta al tratamiento por la mejoría o no de los signos de inflamación ocular y de la agudeza visual, y se recogieron los eventos adversos relacionados con el tratamiento.

RESULTADOS

Se trató a 20 pacientes (14 mujeres y 6 hombres) con un total de 29 tratamientos. Todos estaban diagnosticados de uveítis resistente o recurrente a pesar de tratamiento con glucocorticoides (Gc) y, al menos, un inmunosupresor (IS), o con toxicidad por éstos. La uveítis era anterior en 2 casos, posterior en 6, panuveítis en 11 y, en un caso se trataba de una esclero-uveítis; fue bilateral en todos los casos, salvo en uno. La etiología fue: enfermedad de Behçet (7), enfermedad de Vogt-Koyanagi-Harada (VKH) (1), sarcoidosis (1), oftalmía simpática (1), policondritis recidivante (1) y uveítis idiopática (9). Los fármacos biológicos empleados fueron adalimumab (11), etanercept (9), daclizumab (7) e infliximab (2). Se asociaron Gc en 18 pacientes e IS en 15 (75%) (metrotrexate en 11,

ciclosporina en 9, azatioprina en 4, micofenolato en 2, ciclofosfamida en 1). Nueve pacientes (45%) requirieron tratamiento con dos fármacos biológicos diferentes (5 con Behçet, 3 con uveítis idiopática y 1 con VKH), por ineficacia del primero en 8 y toxicidad neurológica en 1. En relación con la actividad inflamatoria, se comprobó respuesta completa en 12 tratamientos (41,4%) y parcial en 9 (31%). Ausencia de respuesta parcial o completa (27,6 %). El tiempo medio hasta obtener una respuesta favorable fue de 5 meses (<2 meses en el 65%). La agudeza visual mejoró al final del tratamiento en 17 pacientes y empeoró en 3. Los principales motivos de suspensión del tratamiento fueron remisión mantenida, interrupción de su comercialización (daclizumab) y efectos adversos: A) infecciones: 1 tuberculosis y 1 celulitis preseptal con adalimumab; 1 colitis por citomegalovirus con daclizumab. B); sospecha de toxicidad neurológica: 1 con adalimumab y 2 con etanercept. C) aparición de adenocarcinoma de recto-sigma en un paciente con daclizumab. Actualmente, 5 pacientes mantienen el tratamiento con biológicos (1 Behçet, 1 oftalmía simpática y 3 uveítis idiopáticas)

DISCUSIÓN

Los fármacos biológicos han mejorado sendiblemente las posibilidades de tratamiento en pacientes con uveítis. Los resultados obtenidos en nuestra serie son muy favorables. Tenemos que señalar que, aunque la respuesta total del 41,4% (total+parcial=72,4%) es inferior a la observada en otras series, hay que tener en cuenta que se trata de casos especialmente graves: los biológicos se utilizaron estrictamente en pacientes resistentes (o intolerantes) a medicación con IS+Gc y nunca en primera línea

CONCLUSIONES

El tratamiento con fármacos biológicos resultó eficaz en pacientes con uveítis con mala respuesta previa a Gc e IS.

IF-10 CARACTERÍSTICAS DE LAS UVEÍTIS EN LA PROVINCIA DE MÁLAGA

M. Del Río Pardo¹, P. Rivera de Zea², A. Chinchurreta Capote³,
L. Echevarría Lucas⁴, F. Borrás Rubia⁵, M. Jódar Márquez⁶,
A. Delgado Fernández⁷, E. De Ramón Garrido⁸

¹Servicio de Oftalmología, ⁸Servicio de Medicina Interna. Hospital General. Málaga

²Servicio de Oftalmología. Hospital Virgen de la Victoria. Málaga

³Servicio de Oftalmología. Hospital Costa del Sol. Marbella (Málaga)

⁴Servicio de Oftalmología. Hospital de la Axarquía. Vélez Málaga (Málaga)

⁵Servicio de Oftalmología. Hospital Materno Infantil. Málaga

⁶Servicio de Oftalmología. Hospital de Ronda. Ronda (Málaga)

⁷Servicio de Oftalmología. Hospital de Antequera. Antequera (Málaga)

OBJETIVOS

Describir las características de las uveítis en la provincia de Málaga, utilizando los sistemas actuales de clasificación anatómica, evolutiva y clínico-etiológica.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio multicéntrico descriptivo sobre las características sociodemográficas y clínicas de una serie de 401 casos de uveítis, desarrollado entre 01 de mayo y 31 de octubre de 2011 en 7 centros hospitalarios del SAS y un centro de la ONCE en la provincia de Málaga. La información se recogió de las historias clínicas de los pacientes, por parte de los médicos encargados de su asistencia que participan como investigadores del estudio. Se registraron datos socio-demográficos (edad, sexo, etnia) y clínicos (fecha de comienzo y tiempo de duración de la uveítis, localización anatómica, curso evolutivo, etiología y complicaciones). Todos los pacientes fueron informados sobre la naturaleza del estudio y firmaron su consentimiento.

RESULTADOS

Hubo un ligero predominio de mujeres sobre hombres (58,4% vs 41,6%) y la edad media al diagnóstico fue de 39,2±18,6 años y en el momento del estudio de 44,1±17,8 años, con un tiempo de evolución de la enfermedad de 59,5±72,4 meses. La mayoría de los pacientes eran de etnia caucásica (91.3%), con un pequeño grupo de hispanos (4.5%) y norteafricanos (3%). El curso evolutivo fue agudo en 29.2%, recurrente en 51.9% y crónico en 19.0% de los casos y la localización anatómica, anterior en 63.3%, intermedia en 8.0%, posterior en 7.5% y se trató de una panuveítis en 21,2% de los pacientes. Con respecto a

la clasificación clínico-etiológica, 40,9%, fueron idiopáticas, 11,5%, síndromes primariamente oculares, 1%, síndromes de enmascaramiento, 32,7%, uveítis asociadas a enfermedades sistémicas y 13,0%, infecciosas (Herpes simple, 6,2% y toxoplasma, 2,5%). La media de agudeza visual (AV) del OD era de $0,77 \pm 0,30$ y la del OI de $0,77 \pm 0,32$, con un 13,5% de pacientes que presentaban un déficit de AV > 80% en algún ojo, un 1,2% que tenían ceguera legal y un 0,5% con ceguera según criterios de la OMS. Las complicaciones más importantes fueron, catarata (29,7%), glaucoma (13,5%), edema macular quístico (11,2%), desprendimiento de retina (2,2%), neovascularización retiniana (3,7%) y hemorragia vítrea (2,7%). Las tasas crudas de prevalencia e incidencia anual de uveítis, en estos primeros 6 meses de estudio, han sido, 24.7 y 7.8/100.000 habitantes, respectivamente.

CONCLUSIONES

Las cifras de frecuencia, localización anatómica, curso evolutivo y etiología de las uveítis en nuestro entorno, así como las características sociodemográficas, se corresponden con las descritas en otras áreas geográficas del mundo desarrollado con similares condiciones étnicas y socioeconómicas: se trata de una enfermedad rara, sin etiología conocida en la mayoría de los casos, de curso inflamatorio recurrente o crónico, y que en un porcentaje importante conlleva deterioro de la agudeza visual y otras complicaciones que requieren tratamiento complementario.

IF-12 IDENTIFICACIÓN DE HAPLOTIPOS DEL GEN HAVCR1 ASOCIADOS CON LOS NIVELES DE EXPRESIÓN DE ARNM Y SUSCEPTIBILIDAD A ENFERMEDADES AUTOINMUNES

A. León Guisado¹, C. Abad Molina², R. González León¹, I. Porras Antras¹,
C. Ocaña Medina¹, N. Ortego Centeno³, A. García López⁴, M. Castillo Palma¹
¹Grupo de Investigación CTS279 "Colagenosis" (Servicio de Medicina Interna),
²Servicio de Inmunología. Instituto de Biomedicina, ⁴Servicio Reumatología.
Hospital Virgen del Rocío. Sevilla
³Servicio Medicina Interna.. Hospital de Especialidades San Cecilio. Granada

OBJETIVOS

1.- Definir haplotipos en el gen HAVCR1 teniendo en cuenta tanto los SNPs incluidos en el Proyecto HapMap como otras variantes estructurales en el exón 4.
2.- Investigar la posible relación entre esos haplotipos y los niveles de expresión de mRNA. 3.- Estudiar la posible asociación de este gen con la susceptibilidad a artritis reumatoide (AR) y lupus eritematoso sistémico (LES).

MATERIAL Y MÉTODO

1.- Definición de haplotipos.- Se utilizó DNAs de 320 donantes de médula ósea. Se genotiparon 5 tag SNPs (región de 22.5 kb) con sondas TaqMan y 3 variantes Ins/Del en el exón 4. Se estimó el cálculo de frecuencias haplotípicas (Haploview 4.0) 2.- Expresión de mRNA: Se estudiaron 115 muestras de donantes. Para los niveles de mRNA del HAVCR1 se utilizó el ensayos TaqMan. Se analizó la comparación de los niveles de expresión de los diferentes genotipos mediante el test de Kruskal-Wallis. 3.- Estudio de Asociación: Comparación de la distribución de frecuencias genotípicas mediante el test Chi² de Pearson entre 267 pacientes con LES y 332 con AR (criterios de la ACR,) frente a 320 donantes del grupo control.

RESULTADOS

1.- Definimos cuatro haplotipos mayoritarios en nuestra población. Los dos más frecuentes (haplotipos A y B) portaban las mismas variantes Ins/Del en el exón 4 con combinaciones distintas de los SNPs. 2.- El genotipo B/B presentaba niveles de expresión de mRNA mas elevada (Test de Kruskal-Wallis B/B vs. B/X+X/X p=0.0001 (Tabla 1). 3.- La frecuencia del genotipo B/B se encontró significativamente aumentada en los pacientes con AR con respecto a los controles.

DISCUSIÓN

El principal hallazgo de este estudio es la identificación de un “ fenotipo de expresión” del gen humano HAVCR1. Se comprueba que los mayores niveles de expresión de RNAm estan relacionados con los SNPs y no con las variantes del exón 4.

CONCLUSIONES

1.- Hemos definido 4 haplotipos mayoritarios del gen HAVCR1 en nuestra población considerando tanto polimorfismos en el exón 4 como haplotipos formados por SNPs. 2.- Uno de esos haplotipos es el mayor productor de ARNm; por lo tanto, hemos podido definir un “fenotipo de expresión génica”. 3.- Las diferencias en los niveles de ARNm no dependen de los polimorfismos del exón 4.- Estos resultados sugieren asociación del gen HAVCR1 con enfermedades autoinmunes.

Tabla 1. Krustal-Wallis test $p=0.0026$ (IF-12)

Genotypes	Median (range)	N	Comparison*	P
B/B	1870 (0.430-6.110)	16		
A/B	0.893 (0.270- 1.899)	15	B/B vs A/B	$p<0.05$
A/A	0.739 (0.418- 0.931)	4	B/B vs A/A	$p<0.05$

*Dunn's Multiple Comparison Test

Tabla 2. RA vs. Controls (IF-12)

Genotypes	Controls (n=320)	RA (n=332)	SLE (n=267)
B/B	5.93% (19)	12.35% (41)*	8.99% (24)
B/X	29.37% (94)	31.62% (105)	33.70% (90)
X/X	67.70% (207)	56.03 % (186)	57.32% (153)

*Genotype BB $p=0.014$; OR= 2.23; 95%CI 1.23- 4.10

Riesgo Vascular (RV)

RV-04 FACTORES METABÓLICOS ASOCIADOS A MORTALIDAD EN LA POBLACIÓN JUVENIL DE CÁDIZ

I. Tinoco Racero, A. Fernández Rodríguez, A. Martín Aspas, M. Rodríguez Leal, A. Mangas Rojas

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz

OBJETIVOS

Comparar los principales datos bioquímicos y antropométricos de los niños gaditanos del estudio 4 provincias, con los que presentan en su pubertad. Hallar la prevalencia de obesidad a esta edad y valorar si las recomendaciones tuvieron alguna repercusión.

MATERIAL Y MÉTODO

De los 305 niños del estudio inicial logramos reclutar a 139. Las medidas antropométricas se toman con ropa ligera sin zapatos. La talla se midió hasta el último milímetro con un estadiómetro portátil. El peso se midió hasta el último 0,1 Kg con una balanza digital homologada. La prevalencia de obesidad la calculamos en función de los niños que superaban el percentil 95 de índice de masa corporal (IMC) para la edad de 14 años (IMC > 26) según las tablas publicadas por el Ministerio de Sanidad y Consumo. Consideramos sobrepeso los que se encontraban entre el percentil 85-95 (IMC > 24 < 26). El análisis estadístico se realizó con el SPSS 15.0.

RESULTADOS

De los 139 púberes, 73 eran niñas y 66 niños. Los principales parámetros antropométricos y bioquímicos se expresan en la tabla 1. Encontramos una prevalencia de sobrepeso del 14,4 % (13,7% en niñas y 15,2% en niños) y de obesidad del 18,7% (11% en niñas y 27% en niños). Encontramos un 8% de niños con LDL mayor de 130 mg/dl, un 19% de niños con HDL por debajo de 45 mg/dl y un 2% con Triglicéridos por encima de 180 mg/dl..

DISCUSIÓN

En el estudio de 4 provincias se encontró que los niños de entre 6 y 7 años de aquellas provincias que tenían una tasa de morbimortalidad vascular más alta, cómo era Cádiz, tenían una prevalencia de obesidad, glucemia media y niveles de triglicéridos, significativamente más elevados. Nosotros analizamos una parte de estos niños en su pubertad, algunos de sus parámetros, cómo la glucemia media y el colesterol total y LDL habían mejorado, probablemente por una dieta

más adecuada, otros empeoran ligeramente. A pesar de las recomendaciones realizadas en los últimos años sobre dieta y otros hábitos de vida saludables, la prevalencia de obesidad no sólo no ha disminuido, sino que se ha incrementado.

CONCLUSIONES

En poblaciones con mayores tasas de morbimortalidad vascular, existe una mayor prevalencia de obesidad y un perfil aterogénico de mayor riesgo en edades tempranas. Es importante no sólo insistir en las recomendaciones de hábitos de vida saludable, sino detectar a los niños con sobrepeso, para poder instaurar medidas especiales que nos permitan disminuir su riesgo vascular en el futuro.

Variables antropométricas y bioquímicas comparadas (RV-04)

	Estudio 4 provincias niños gaditanos	Datos en púberes gaditanos
Edad (años)	6-7	13- 15
Nº de niños	305	139
Peso (kg)	27.1 (5.7)	64.7 (15.2)
IMC	17.3 (2.7)	23.1 (4.3)
Prev. Ob. (%)	15.9%	18.7%
C. Total (mg/dl)	183.5 (25.9)	161.9 (28.5)
LDL-c (mg/dl)	110.1 (24.79)	89.7 (26.05)
TG (mg/dl)	76.5 (24.6)	77.8 (38.1)
HDL-c (mg/dl)	57.5 (15.3)	56.7 (13.79)
Glucosa (mg/dl)	95.3 (12.1)	90.5 (10.8)

RV-05 RELACIÓN ENTRE EL ÍNDICE DE MASA CORPORAL Y LOS PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO VASCULAR EN PÚBERES GADITANOS

I. Tinoco Racero, E. López Tinoco, N. Caro Gómez, E. Ruiz Blasco,
A. Mangas Rojas

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz

OBJETIVOS

Relacionar el IMC de niños gaditanos entre 13-15 años con los principales factores de riesgo vascular a esta edad.

MATERIAL Y MÉTODO

Se reclutan a 139 niños. Las medidas antropométricas se tomaron con ropa ligera sin zapatos. La talla se midió hasta el último milímetro con un estadiómetro portátil. El peso se midió hasta el último 0,1 Kg con una balanza digital homologada. Se realizó la media de 2 tomas tensionales en reposo con un esfigmomanómetro validado. Las determinaciones bioquímicas (glucemia, Colesterol total y LDL, Triglicéridos y HDL) se realizaron en ayunas por métodos estándar. Para el análisis estadístico se empleó el SPSS 15.0. La relación entre el IMC y los distintos parámetros se determinaron mediante el coeficiente de correlación de Pearson.

RESULTADOS

De los 139 púberes, 73 eran niñas y 66 niños. El peso medio es de 64,7 Kg y el IMC medio es de 23,1. La presión arterial sistólica media era de 116 y la presión arterial diastólica de 66 mmHg. La prevalencia de obesidad es del 18,7% (IMC>26) y de sobrepeso 14,4% (IMC>24). La media de LDL-c, TG y HDL-c expresada en mg/dl es de 89,7, 77,8 y 56,7 respectivamente.. Existe una correlación significativa entre el IMC y los niveles de LDL, HDL, Triglicéridos, y la presión arterial diastólica. No existe significación estadística para la glucemia y la presión sistólica (Tabla 1).

DISCUSIÓN

Existen evidencia sobre la contribución de factores ambientales en etapas tempranas de la vida a la aparición de la enfermedad cardiovascular en el adulto. Cádiz es una provincia de elevada morbimortalidad vascular y la prevalencia de obesidad a estas edades, está por encima de la media nacional (10-15%) y en aumento, esto hace que con gran probabilidad estos niños se transformen en adultos obesos. Como es de esperar los púberes que presentan un IMC más elevado también tienen un perfil aterogénico de mayor riesgo, y una elevación de la presión arterial, todo lo cuál contribuirá a su elevado riesgo futuro.

CONCLUSIONES

En poblaciones con mayores tasas de morbimortalidad vascular existe una mayor prevalencia de obesidad y un perfil aterogénico de riesgo elevado a edades tempranas. Existe una clara relación entre el IMC a estas edades y parámetros de riesgo desfavorables como son la elevación de la Presión arterial diastólica, LDL-c y TG y con el descenso de HDL-c. Es importante no sólo insistir en las recomendaciones de hábitos de vida saludable, sino detectar a los adolescentes con sobrepeso, para poder instaurar medidas especiales que nos permitan disminuir su riesgo vascular en el futuro.

Correlación entre el IMC y las variables determinadas (RV-05)

	IMC *p<0.05 **p<0.01
Col. Total	0.156*
LDL- c	0.272**
HDL- c	-0.327**
TG	0.251**
Glucemia	0.131
PAS	0.124
PAD	0.242**

Enfermedad Tromboembólica (T)

T-01 EVALUACIÓN DE LA PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL EN LA ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA ¿PODEMOS MEJORAR?

C. Collado Pérez, S. Rodríguez Roca, A. Martín Aspas,
F. García Colchero, A. Fernández Rodríguez, I. Tinoco Racero
Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz

OBJETIVOS

Valoración del manejo clínico habitual de la enfermedad tromboembólica venosa (ETV) en un servicio de Medicina Interna (según recomendaciones Chest 2008) y definir áreas de mejora.

MATERIAL Y MÉTODO

Análisis observacional prospectivo de los casos de ETV atendidos en nuestro hospital (población atendida 222.515 habitantes, 744 camas de hospitalización), manejados de forma ambulatoria o en hospitalización, sin protocolo específico de medidas diagnósticas ni terapéuticas para el estudio. Se incluyen pacientes mayores de 14 años con ETV, excluyendo aquellos con antecedentes previos de ETV, datos de sepsis grave, cardiopatía isquémica en el último mes o anticoagulación previa. Los casos se detectaron desde el área de Urgencias u hospitalización. Se recogen variables sociodemográficas, patología de base, pruebas diagnósticas realizadas, tratamiento recibido y evolución como mínimo 18 meses tras el diagnóstico o hasta fallecimiento.

RESULTADOS

Se analizan 59 casos, 27 de trombosis venosa profunda (TVP) y 32 de embolismo pulmonar (EP) con/sin TVP. La edad media fue 58 años (SD 18.8), 38 mujeres (64.4%). El 76.3% de los pacientes presentaban alguna comorbilidad. Seis pacientes (10.2%) recibían heparina de bajo peso molecular a dosis profiláctica. En pacientes con probabilidad alta de ETV según escala de Wells se determinó dímero-D en 27 pacientes (45.7%), y en uno con baja probabilidad no se determinó dímero-D. Ningún paciente con TVP tenía insuficiencia respiratoria (pulsioximetría), pero 4 presentaban taquicardia (14.8%) con radiología simple de tórax y ECG normales; sólo en uno se realizó estudio EP (gammagrafía), y otro falleció en el seguimiento (cáncer avanzado). De los 5 pacientes con EP (15.6%) que tenían hipotensión (PAS \leq 90 mmHg), sólo a 2 se les realizó ecocardiograma; no se realizó fibrinólisis a ningún paciente. De los 13 pacientes que no presentaban ningún factor de riesgo para ETV, en 4 no se hizo estudio

de hipercoagulabilidad (30.8%), siendo positivo sólo en un paciente de los restantes (7.7%); 46 presentaban algún factor de riesgo (cáncer, cirugía reciente, inmovilización, anticonceptivos orales o embarazo), a 35 se les realizó estudio de hipercoagulabilidad (76.0%) siendo positivo en 7 (15.2%). 46 pacientes desarrollaron la ETV presentando algún factor de riesgo transitorio, manteniendo la coagulación al año 23 (50.0%), de los cuales 2 (8.7%) tuvieron complicación hemorrágica digestiva (no grave).

CONCLUSIONES

Detectamos áreas de mejora en el diagnóstico de la ETV, especialmente en la aplicación de la escala de decisión clínica de Wells respecto a la determinación de dímeros-D (exceso) y la valoración de EP (defecto). Mejorar el manejo del paciente grave hipotenso. Podemos optimizar la solicitud de pruebas de hipercoagulabilidad y el tiempo de duración de la anticoagulación (fundamentalmente por exceso).

T-05 ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LA PRESENTACIÓN DE LA ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DEL MAR DE CÁDIZ

M. Collado Pérez, F. García Colchero, I. Tinoco Racero, D. Gutiérrez Saborido, A. Martín Aspas

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz

OBJETIVOS

Describir las características epidemiológicas de la enfermedad tromboembólica en nuestro medio, peculiaridades diagnósticas, evolución y complicaciones.

MATERIAL Y MÉTODO

Análisis observacional prospectivo de los casos de ETV atendidos en nuestro hospital (población atendida 222.515 habitantes, 744 camas de hospitalización), manejados de forma ambulatoria o en hospitalización, sin protocolo específico de medidas diagnósticas ni terapéuticas para el estudio. Se incluyen pacientes mayores de 14 años con ETV, excluyendo aquellos con antecedentes previos de ETV, datos de sepsis grave, cardiopatía isquémica en el último mes o anticoagulación previa. Los casos se detectaron desde el área de Urgencias u hospitalización. Se recogen variables sociodemográficas, patología de base, pruebas diagnósticas realizadas, tratamiento recibido y evolución como mínimo 18 meses tras el diagnóstico o hasta fallecimiento.

RESULTADOS

Se recogen un total de 59 pacientes (32 TEP y 27 TVP), 38 son mujeres (64%) y 36 varones (36%). La edad media es de 58 años (18-89) y se hospitalizan el 83%. El 76% de los pacientes presentan al menos otra comorbilidad. Como factores de riesgo asociados; el 44% de los pacientes sufrían algún tipo de inmovilidad, 19% cirugía previa, 15 % cáncer a su ingreso o en su evolución, en un 8,5% había uso de fármacos que favorecen la enfermedad tromboembólica y 2 pacientes (3%) estaban embarazadas. En un mínimo del 25% de los pacientes concurrían 2 factores de riesgo o más y casi el 9% de los pacientes recibían profilaxis correcta. Las TVP se diagnostican por ecodoppler venoso, para el TEP se utiliza el TAC en 14 ocasiones, siendo 13 positivos y uno no concluyente, y 21 se hace por Gammagrafía de V-P, resultando 20 de alta probabilidad y 1 intermedia, con lo que 3 pacientes (5%) requieren las 2 técnicas. Mientras prácticamente todos los pacientes con TVP presentan clínica de tumefacción y dolor, casi el 10% de los TEP no tienen disnea. Aplicando las escalas de predicción de Wells, destaca que el 89% de los pacientes con TVP estaban en el grupo de alta probabilidad, mientras para el TEP, el 78% se encontraba en el grupo de mediana probabilidad, y el 9,4% en el de bajo riesgo. El 78% de los enfermos son tratados con Sintrom y el 22% con heparinas de bajo peso. En la evolución fallecen un 5% por la enfermedad tromboembólica y otro 10% por la enfermedad de base. Un 3 % recidiva tras 6 meses y en otro 3% existe una complicación hemorrágica mayor.

DISCUSIÓN

La enfermedad tromboembólica es una causa de morbimortalidad relevante, Su etiopatogenia es bien conocida y su manejo diagnóstico-terapéutico se ha protocolizado de forma muy certera en los últimos años. A los factores de riesgo tradicionales, hay que ir añadiéndole el mayor porcentaje de enfermos neoplásicos en tratamiento y la aparición de nuevos factores procoagulantes (fármacos...). Los datos que obtenemos son muy similares a los de otras publicaciones, sin embargo destacamos 2 aspectos: 1) Una adecuada profilaxis no asegura en casi el 9 % de los pacientes que no desarrollen esta complicación. 2) Si para la TVP, tanto la clínica asociada como las escalas de predicción de riesgo son muy fiables, es reseñable que un número no despreciable de pacientes con TEP, no tienen una clínica demasiado evidente, casi un 10% sin disnea, y con cierta frecuencia, se encuentran en una escala de predicción de riesgo de baja probabilidad (9,4%),

CONCLUSIONES

La enfermedad tromboembólica sigue siendo una causa de morbimortalidad nada desdeñable y se asocia a un importante coste sanitario. En nuestro medio los datos epidemiológicos de factores de riesgo, tratamiento y evolución son muy similares a los publicados por otros grupos. Destacar que una correcta profilaxis no siempre la evita y una vez más, el embolismo pulmonar se muestra cómo una patología que en ocasiones se nos hace difícil de sospechar, complicando su correcto abordaje.

Varios (V)

V-02 ANÁLISIS COMPARATIVO DE LAS COMORBILIDADES EN PACIENTES HOSPITALIZADOS POR AGUDIZACIÓN DE ENFERMEDAD OBSTRUCTIVA CRÓNICA DE LOS ESTUDIOS ECCO Y ESMI

R. García Contreras¹, P. Almagro Mena², E. Calderón Sandubete³, J. Ortíz Minuesa⁴, F. Sánchez Lora⁵, F. Cabrera Aguilar⁶, J. Díez Manglano⁷, en representación del Grupo de Trabajo ESMI-EPOC⁸

¹ Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla

² Servicio de Medicina Interna. Hospital Mutua de Terrasa. Terrasa (Barcelona)

³ CIBER de Epidemiología y Salud Pública. Instituto de Biomedicina de Sevilla (IBIS). Sevilla

⁴ Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba

⁵ Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen de la Victoria. Málaga

⁶ Servicio de Medicina Interna. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid

⁷ Servicio de Medicina Interna. Hospital Royo Vilanova. Zaragoza

⁸ Sociedad Española de Medicina Interna

OBJETIVOS

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica es una de las patologías más frecuentes y que origina mayor morbimortalidad. Los pacientes con EPOC presentan más frecuentemente que la población general otras patologías asociadas. La presencia de estas enfermedades asociadas es muy frecuente en los pacientes hospitalizados por agudización de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (AEPOC). El objetivo de este estudio fue analizar estas comorbilidades en pacientes ingresados por AEPOC en los servicios de Medicina Interna españoles y valorar si existen cambios en los datos obtenidos en un estudio previo (ECCO).

MATERIAL Y MÉTODO

Ambos estudios, ECCO (Estudio de Comorbilidad en pacientes hospitalizados en Servicios de Medicina Interna) y ESMI (EPOC en los servicios de Medicina Interna), comparten un diseño multicéntrico, transversal y observacional. En el ECCO solo se incluyeron pacientes ingresados en planta de hospitalización, mientras que en el ESMI lo hicieron también aquellos que consultaron por AEPOC en el servicio de urgencias y pudieron ser dados de alta. Los criterios de inclusión fueron similares: se incluyeron pacientes hospitalizados por AEPOC en

servicios de medicina interna españoles. A todos los pacientes se les estudió la presencia de comorbilidades mediante el índice de Charlson y un cuestionario con patologías relevantes no incluidas en este índice. Se recogieron también datos espirométricos, sobre la duración de la enfermedad y el tratamiento domiciliario, entre otras variables.

RESULTADOS

Se estudiaron 1004 pacientes (398 en el estudio ECCO y 606 en el ESMI). Los pacientes del ESMI obtuvieron mayores puntuaciones en el índice de Charlson (3.04 vs 2.71; $p < 0.01$). Practicamente todas las comorbilidades analizadas fueron más frecuentes en el estudio ESMI, aunque no todas lo hicieron con significación estadística. Destaca la mayor prevalencia de enfermedad cardiovascular, con un incremento de la cardiopatía isquémica (17 vs 22.0%; $p < 0.05$), insuficiencia cardiaca (26,9% vs 35,5%; $p < 0.02$), enfermedad vascular periférica (12,6% vs 17,4%; $p < 0.02$), hipertensión arterial (54,8% vs 65,6%; $p < 0.001$), diabetes mellitus (29,4% vs 37%; $p < 0.02$ e insuficiencia renal (6,5% vs 16,8%; $p < 0.0001$). En cuanto a los tratamientos de los pacientes antes del ingreso hospitalario destaca un mayor uso de betamiméticos de acción larga (89,3% vs 67,3%) y anticolinérgicos en la cohorte del ESMI. En el ESMI un 79,4% de los pacientes utilizaban tiotropio y solo un 6% anticolinérgicos de acción corta. El uso de anticolinérgicos de acción larga no se registró en el ECCO. No se hubo diferencias en el uso de corticoides inhalados, IECAS, ARAII o betabloqueantes. El uso de diuréticos y antiagregantes plaquetarios fue significativamente mayor en el ESMI.

CONCLUSIONES

Se confirma la elevada prevalencia de enfermedades asociadas a esta población, así como un aumento de las comorbilidades en el estudio más reciente. Esto refuerza la necesidad de un mayor esfuerzo para el diagnóstico y optimización de los tratamientos tanto de la EPOC como de las patologías asociadas para mejorar el pronóstico de estos pacientes.

PÓSTERS

Enfermedades Infecciosas (A)

A-01 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO, CLÍNICO Y TERAPÉUTICO DE LA POBLACIÓN CON INFECCIÓN VIH EN UN HOSPITAL COMARCAL. ¿ES POSIBLE ASUMIRLOS EN HOSPITALES DE PRIMER NIVEL?

S. Hernández Márquez¹, J. Rodríguez Toquero¹, P. Lucas Reche²,
S. Rodríguez Rico², L. Martínez Expósito², M. Ruiz Gordo³, J. Sampedro Villasán¹
¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria,
³Servicio de Informática. Hospital San Agustín. Linares (Jaén)

OBJETIVOS

Hace dos años se implantó en nuestro hospital una consulta específica para el seguimiento de los pacientes infectados por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH). Se han recogido las características epidemiológicas, clínicas y terapéuticas de estos pacientes con cuatro objetivos: mejorar el proceso de atención de los mismos, establecer un control de calidad, valorar nuestra capacidad para el seguimiento de estos pacientes y como herramienta para la investigación.

MATERIAL Y MÉTODO

Tenemos 91 pacientes con infección VIH. Hemos recogido los parámetros: 1. Epidemiológicos: Fecha nacimiento, edad al diagnóstico, sexo, nivel de instrucción, situación laboral y económica y práctica de riesgo. 2. Clínicos: Categoría clínica al diagnóstico, estadio de la infección por VIH, coinfección por Virus de la Hepatitis C (VHC) y Virus de la Hepatitis B (VHB), tratamiento para el VIH, cambios de tratamiento del VIH, valoración de necesidad de tratamiento, tratamiento y respuesta a éste del VHC.

RESULTADOS

Son varones el 74,73%. La edad media al diagnóstico fue de 30 años. La edad media actual es de 43 años. El 19% tiene un nivel de instrucción medio o superior, un 73% estudios primarios y un 8% sin estudios. Están activos laboralmente un 33%, desempleados un 36% y jubilados un 30%. Son insolventes económicamente el 26% de los pacientes. Las vías de contagio fueron: el 57% usuarios de drogas por vía parenteral (UDVP), un 18% por prácticas heterosexuales, por prácticas homosexuales el 6%, por ser pareja de infectado un 6%, por transmisión vertical un 2% y desconocida un 12%. En el momento del diagnóstico estaban asintomáticos

un 40%, con categoría clínica B un 22% y C un 38%; con criterios de SIDA un 56%. Están infectados por el VHC un 51%, de los que un 83% tiene criterios de infección crónica activa, y el 93% son UDVP. Están infectados por VHB un 6%, de los que un 50% están coinfectados por VHC. Están en tratamiento para el VIH un 90% de los pacientes. En un 9% se cambió el tratamiento: por fracaso en un 86% y el resto, un caso, por intolerancia. Solo en una ocasión fue necesario consultar con el Hospital de referencia en un caso de multifracaso terapéutico. En las infecciones activas por VHC, se valoró la conveniencia de tratamiento en función de los parámetros habituales. De los 46 pacientes con infección activa, han completado tratamiento un 35%. De ellos, un 50% han tenido respuesta viral sostenida.

DISCUSIÓN

Nuestra base de datos incluye todos los pacientes infectados por VIH en seguimiento, diagnosticados desde el año 1981. Esto explica las diferencias encontradas al comparar los hallazgos, con los publicados por otros centros que incluyen pacientes de reciente diagnóstico. La prevalencia de UDVP, un 57% frente a valores menores de un 20% en centros de nuestro entorno geográfico, puede explicar las diferencias encontradas en el nivel de instrucción, situación económica y laboral y coinfección por VHC.

CONCLUSIONES

La implantación de esta consulta específica y la creación de una base de datos para estos pacientes nos ha permitido conseguir los objetivos propuestos, cubrir las necesidades asistenciales adecuadamente y disminuir las derivaciones a nuestro hospital de referencia. No obstante, sigue siendo necesaria una comunicación fluida interniveles para poder establecer vías de colaboración técnica, clínica y en la investigación.

A-03 PERFIL CAMBIANTE DE LA ENDOCARDITIS INFECCIOSA CON LA MISMA MORTALIDAD

A. Fernández Rodríguez¹, S. Gamaza Chulián², S. Camacho Freire²,

F. García Colchero¹, P. Romero Cores¹, A. Martín Aspas¹, I. Tinoco Racero¹

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz

²Servicio de Cardiología. Hospital de Especialidades de Jerez de la Frontera. Cádiz

OBJETIVOS

El envejecimiento de la población y la mejoría en las técnicas diagnósticas y quirúrgicas han modificado las características de la endocarditis infecciosa (EI). Nuestro objetivo fue analizar los factores epidemiológicos, clínicos, microbiológicos y el pronóstico de esta entidad en dos hospitales de nuestro entorno

MATERIAL Y MÉTODO

Se analizaron de forma retrospectiva todos los pacientes con diagnóstico de endocarditis infecciosa en el periodo 2004 a 2011, basándonos en los criterios de Duke modificados. Se registraron factores predisponentes, variables epidemiológicas, agente microbiológico y evolución clínica durante el ingreso. El objetivo primario a evaluar fue un end-point combinado de muerte debido a la endocarditis infecciosa o necesidad de cirugía cardíaca. Para el análisis de los datos se empleó el programa SPSS versión 19.0.

RESULTADOS

Se incluyeron un total de 91 pacientes con endocarditis infecciosa (34% mujeres), con mediana de edad de 68 (IQR 27-88) años. El 82% de los pacientes presentaba comorbilidad, siendo las más frecuente la obesidad (34%), insuficiencia renal (32,2%) y hepatopatía (13,2%). El 30,3% de las EI asentaban sobre válvula protésica, el 13,5% sobre dispositivos intracardiácos y el resto sobre válvulas nativas. *Staphylococcus aureus* fue el germen más frecuentemente aislado (20.7%), seguido de *Estafilococos coagulasa negativo* (14.9%), *Streptococcus viridans* (11.5%) y *Enterococo* (10.3%); el 20,9% de los casos presentaron hemocultivos negativos. Un 65 % de los pacientes alcanzó el objetivo primario. La mortalidad alcanzó el 24,4% de los pacientes y el 48,4% de los casos precisó cirugía. Los factores pronósticos adversos para alcanzar el objetivo primario ($p < 0,05$) fueron: el sexo femenino, clínica de insuficiencia cardíaca y shock, y etiología por *Enterococo* y los *Estafilococos coagulasa-negativos*

CONCLUSIONES

Las características de los pacientes con EI están variando en los últimos años. Los pacientes de nuestro estudio presentan elevada comorbilidad, lo que dificulta el manejo y pronóstico. En nuestro medio existe cada vez mayor número de endocarditis infecciosa que asientan sobre válvulas metálicas y dispositivos intracardiácos. El *Staphylococcus aureus* es el germen etiológico predominante en la actualidad. A pesar de las mejoras en las técnicas diagnósticas y terapéuticas, la endocarditis infecciosa continúa presentando una elevada morbimortalidad.

A-05 DESPISTAJE DE NEUROLÚES EN PACIENTES CON INFECCIÓN VIH Y SEROLOGÍA LUÉTICA POSITIVA. EXPERIENCIA DE 4 AÑOS

M. Bocanegra Muñoz¹, V. González Doce¹, S. López Cárdenas¹,
J. Alados Arboledas², J. Terrón Pernía², D. Marín Dueñas¹

¹Unidad de Medicina Interna, ²Unidad de Enfermedades Infecciosas y Microbiología. Hospital de Especialidades de Jerez de la Frontera. Cádiz

OBJETIVOS

Analizar los resultados del despistaje de neurolúes en pacientes VIH+ con sífilis. Optimizar el subgrupo de pacientes en los que determinar serología en LCR.

MATERIAL Y MÉTODO

Se analizaron todas las serologías de lúes en líquido cefalorraquídeo (LCR) de pacientes con infección VIH y serología luética previamente positiva en plasma desde agosto de 2008 hasta marzo de 2012. Se consideraron positivos aquellos casos con recuento citobioquímico de LCR compatible, y con serología plasmática con test no treponémico positivo, posteriormente confirmada con uno treponémico. Todas las determinaciones en LCR fueron realizadas mediante test treponémicos. Los datos fueron obtenidos del registro informático del laboratorio de Microbiología y posterior análisis de historias clínicas.

RESULTADOS

Se analizaron un total de 21 serologías de lúes en LCR en pacientes VIH con serología plasmática previamente positiva, con un único caso positivo de neurolúes. La edad media de los pacientes fue de 40 años (rango 25-54) y el 100% fueron hombres. Dos de ellos (9,5%) obtuvieron la infección VIH por vía parenteral (UDVP), y 19 (90,5%) por vía sexual (6 heterosexual; 13 homosexual). El tiempo medio de evolución de la infección VIH fue de 5,9 años (mediana 3, rango 0-19), todos ellos categoría SIDA. Seis de los pacientes (28,5%) tenían un recuento de menos de 350 linfocitos CD4+/mcl (350 LCD4+), de los cuales sólo en 1 caso se confirmó neurolúes (16,6%). De los 15 pacientes con >350 LCD4+, todos fueron negativos. Seis de los casos presentaban un RPR plasmática con titulación >1/32 (1 con neurolúes). Cuatro de los 21 pacientes no realizaban TARGA, 1 de ellos con neurolúes.

DISCUSIÓN

El despistaje de neurolúes en el paciente VIH con serología plasmática luética positiva ha constituido un dilema en el manejo clínico. Actualmente las recomendaciones internacionales se decantan por determinar test serológicos en LCR en pacientes con un recuento de LCD4 menor de 350/mcL y una titulación de RPR $>1/32$. En nuestra serie no hemos encontrado ningún caso positivo fuera de esa selección, por lo que se refuerza la recomendación de realizar despistaje de neurolúes en dicho subgrupo. Casi el 62% de los casos de sífilis habían contraído la infección VIH por contactos homosexuales

CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos en nuestra serie apoyan la recomendación de realizar un despistaje de neurolúes en los pacientes con un recuento de LCD4/mcL <350 /mcL y titulación de RPR plasmática $>1/32$.

A-07 CARACTERÍSTICAS DIFERENCIALES CLÍNICAS, DIAGNÓSTICAS Y PRONÓSTICAS DE LAS NEUMONÍAS ADQUIRIDAS EN LA COMUNIDAD EN EL ÁREA MÉDICA DE UN HOSPITAL DE REFERENCIA

M. Ruiz González¹, C. Porras Arboledas¹, M. López Sánchez¹, G. Pérez Chica², G. Gutiérrez Lara¹

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Médico-Quirúrgico. Jaén

²Servicio de Neumología. Hospital Universitario Médico-Quirúrgico. Jaén

OBJETIVOS

La Neumonía Adquirida en la Comunidad (NAC) supone una de las principales causas de ingreso hospitalario por patología infecciosa que implica una elevada morbilidad y mortalidad. Representa el 3% de todos los ingresos hospitalarios pero varía la distribución de los pacientes en el Área Médica. El objetivo que se establece es valorar si existen diferencias en el perfil del paciente hospitalizado y en la aplicación de test diagnósticos en las diferentes unidades del área médica que tratan esta patología

MATERIAL Y MÉTODO

Se trata de un estudio retrospectivo de 120 historias con el diagnóstico al alta de NAC. Incluye los ingresos de los meses de Enero hasta Abril del 2011 en Neumología, Medicina Interna e Infecciosos del Hospital Médico-Quirúrgico de Jaén. Se analizan las variables de: edad, sexo, unidad destino de la hospitalización, comorbilidad, ingresos previos, vacunación, pruebas diagnósticas, antibioterapia, escala pronóstica, estancia media y mortalidad. En

cuanto al estudio estadístico, se han utilizando la Prueba Z de diferencia de proporciones y el Test chi-cuadrado. Para determinar la utilización de número (nº) de medicamentos empleados según la unidad, se ha empleado el test de Kruskal-Wallis; y para valorar los días de estancia-Escala Fine y unidad se ha utilizado ANOVA.

DISCUSIÓN

Del total de pacientes 87 están ingresados en Neumología, 28 en Medicina Interna y 5 en la Unidad de Infecciosos, siendo del total 67 hombres y 53 mujeres. La edad media de los pacientes es mayor en Medicina Interna (80.9 años) con respecto al resto. En primer lugar analizamos la comorbilidad, destacando diferencias significativas en los ingresos de pacientes EPOC estadio GOLD IV ingresados a cargo de Medicina Interna (80%) y de pacientes diabéticos en comparación con Neumología e Infecciosos. En el estudio microbiológico existe diferencia estadísticamente significativa en la toma de hemocultivos, 1.2% de los ingresados en Neumología y 4.3% en Medicina Interna. Como dato a destacar en las pruebas diagnósticas, han sido más a los que se les ha realizado TAC torácico a los ubicados en Neumología. En cuanto a la mortalidad, el total de los pacientes que han fallecido ha sido de 12, (5.8% de los ingresados en Neumología con respecto a un 25% de Medicina Interna), sin influir el sexo de los pacientes. La hospitalización de pacientes con FINE IV y V fue superior en la Unidad de Medicina Interna (78,6%) con respecto a Neumología (24,4%) siendo dichas diferencias significativas. El nº de medicamentos utilizados no difiere significativamente según la Unidad en la que son tratados pero sí según el nivel de la escala Fine (IV-V). Además se observa diferencia significativa en el empleo de carbapenem por parte de Medicina Interna con respecto a Neumología (p 0,038). Si empleamos la escala CURB-65 se observan datos significativos si la relacionamos con la mortalidad global entre los pacientes que no mueren con un valor de 4 en dicha escala (1,9%) y la proporción de los que sí mueren con dicho valor (25%)

CONCLUSIONES

1- La mayoría de pacientes diagnosticados al alta de NAC se encuentran ingresados en Neumología. 2- Los pacientes EPOC de más gravedad al igual que los diabéticos se ingresan predominantemente en Medicina Interna. 3- Es poco habitual la extracción de hemocultivos seriados en pacientes ingresados por Neumonía. 4- Se realiza con más frecuencia TAC torácico en aquellos pacientes ingresados en Neumología. 5- Los pacientes con mayor nivel de gravedad y con más índices de mortalidad se ubican en la Unidad de Medicina Interna.

6- Sería oportuno incluir la escala CURB-65 en la valoración que se realiza en el momento de la Hospitalización a la hora de poder predecir la evolución en pacientes con mayor nivel de puntuación

A-08 CAMBIOS EN LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICO -EPIDEMIOLÓGICAS DE PACIENTES VIH EN DOS PERIODOS DE TIEMPO

M. Loring Caffarena, M. Martínez Delgado, S. Fernández Sepúlveda,
E. Santín Piñero, M. Blanco, M. Platero, J. Constán, V. Herrero
*Servicio de Medicina Interna. Hospital Comarcal de la Axarquía. Velez Malaga
(Málaga)*

OBJETIVOS

Analizar y comparar las características clínico-epidemiológicas de pacientes VIH de la consulta de Medicina Interna de un Hospital Comarcal en dos periodos de tiempo.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes VIH de la consulta de Medicina Interna mediante revisión de las historias clínicas de los pacientes dividiéndolas en dos periodos de tiempo (P0: 1985-2004 y P1: 2005-2011) y estudiando variables epidemiológicas y analíticas de los pacientes. Se realizó un análisis descriptivo mediante el programa SPSS versión 15.0.

RESULTADOS

Se han analizado 123 historias clínicas de pacientes VIH desde el 1985 hasta el 2011. En P0 se analizaron 78 pacientes y en el P1 45. Respecto al sexo, en el P0 hay 21,5% de mujeres y 78,5% de hombres. En el P1 26,7% son mujeres y 73,3% son hombres. La edad media al diagnóstico de la enfermedad fue de 32 años para el P0 y de 34 años para el P1. Las vías de contagio fueron: vía parenteral en el P0 de 42,3% vs 20% en el P1 ($p < 0.01$); vía sexual en el P0 de 57,7% vs 77,8% en el P1 ($p < 0,02$), siendo la vía heterosexual P0 41% vs 48,9% en el P1 y la vía homosexual en el P0 16,7% vs 28,9% en el P1. El diagnóstico de VIH por screening es de 26,9% en P0 y de 35,6% en el P1. La media de la carga viral en el momento del diagnóstico en el P0 fue de 123.828 vs P1 110.944 y la media de los CD4 en el momento del diagnóstico fue P0 349 vs P1 368. La serología luética positiva fue del 11,5% en P0 y de 13,3% en P1. Las infecciones oportunistas durante la enfermedad aparecieron en un 25,6% del P0 y en un 15,9% del P1. La coinfección VIH-VHC era del 42% en el P0 y del 13% en el P1 ($p < 0.01$). Los Factores de riesgo cardiovascular (DLP, DM, HTA) en el P0 fueron de 19,2% frente a un 8,9% en el P1.

DISCUSIÓN

Nuestro estudio confirma la tendencia epidemiológica del VIH en los últimos años, según la literatura revisada. Aumento progresivo de la vía de contagio sexual (mayor aumento de la heterosexual frente a la homosexual) en comparación con la vía parenteral. Disminución de la coinfección VIH-VHC, así como de las infecciones oportunistas durante la enfermedad. Aumento de los FRCV en la población VIH debido al envejecimiento y al propio tratamiento antirretroviral.

CONCLUSIONES

Las Características clínico-epidemiológicas de los dos grupos han variado, en el P0 observamos un mayor número de pacientes VIH cuya vía de contagio fue la parenteral, mientras que en el P1 hay mayor número por vía heterosexual y homosexual. Las infecciones oportunistas aparecen más en el P0. Llama la atención que la coinfección VIH-VHC era más prevalente en el P0 que en el P1 ($p < 0,01$) sin embargo la infección luética es mayor en el P1 con respecto al P0 aunque sin significación estadística. Aumento de los FRCV en el P0 debido al envejecimiento de la población VIH y al tratamiento.

A-09 ANÁLISIS EPIDEMIOLÓGICO DE LOS EPISODIOS DE NEUMONÍA POR PNEUMOCYSTIS JIROVECCI. RESULTADOS PRELIMINARES

R. Terán Redondo¹, M. Calero Bernal¹, I. Martín Garrido¹, R. Morilla de la Osa², E. Campano², A. Calzada Valle¹, R. García Contreras¹, M. González Jiménez¹
¹Servicio de Medicina Interna, ²CIBER Epidemiología y Salud Pública. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla

OBJETIVOS

La introducción del tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) ha provocado un mejor control inmunológico en los pacientes VIH positivos y consecuentemente una disminución tanto en la frecuencia como en la gravedad de las infecciones oportunistas asociadas a esta entidad, entre ellas la neumonía por *Pneumocystis jirovecii* (PcP). De forma paralela se ha documentado un aumento de episodios de PcP en pacientes inmunodeprimidos VIH negativos, así como una mayor gravedad en estos episodios. El objetivo de nuestro estudio es describir las características epidemiológicas, clínicas y en cuanto a morbimortalidad de estos episodios de PcP, y comprobar si existen diferencias en la presentación entre pacientes inmunodeprimidos VIH negativos frente a los pacientes VIH positivos en nuestro hospital.

MATERIAL Y MÉTODO

Realizamos un estudio retrospectivo recogiendo todos los episodios de PcP en el Hospital Virgen del Rocío de Sevilla entre el mes de enero del año 2000 y el mes de diciembre del 2011. Los datos han sido recogidos a través de una búsqueda en la base de datos del CMBD del hospital. Se han producido un total de 218 casos de PcP durante este periodo. En este trabajo presentamos los resultados de los 100 primeros casos analizados. El análisis estadístico se realizó mediante el software SPSS, versión 15.0.

RESULTADOS

De los primeros 100 casos analizados hemos descartado 22 por no cumplir criterios para PcP (son colonizaciones o faltan datos para poder confirmarlo). De los 78 casos con PcP confirmada, 60 casos eran pacientes VIH (76'97%) y los 18 restantes (23'03%) eran pacientes no VIH. La mortalidad en el grupo VIH fue del 20% (12 casos), pero solo en 5 de esos casos la causa de muerte fue directamente la PcP (8'33%). La mortalidad en el grupo VIH negativo fue del 38'8% (7 casos), solo en 4 de estos casos la causa de la muerte fue la PcP directamente (22'2%). Esta diferencia no es estadísticamente significativa ($p=0,2313$).

CONCLUSIONES

Nuestro estudio muestra que la condición de VIH sigue siendo la causa más frecuente PcP, sin embargo existe más de un 20% de pacientes que presentan esta entidad y que no son VIH. Esto confirma la presencia cada vez más frecuente de este cuadro en pacientes inmunodeprimidos no VIH. Además existe una clara tendencia en cuanto a mayor tasa de mortalidad por PcP en los pacientes inmunodeprimidos por otra causa frente a los pacientes VIH, aunque no llega a la significación estadística. La causa de esta mayor tasa de mortalidad podría ser el retraso tanto en el diagnóstico como en el tratamiento por parte de los clínicos al no pensar en esta entidad en paciente no VIH. Otra posible causa sería la no existencia de una pauta clara en estos pacientes para la profilaxis de PcP frente a los paciente VIH donde está bien establecida.

A-11 USO HABITUAL DE LOS ANTIBIÓTICOS Y DIAGNÓSTICO SEROLÓGICO EN EL MANEJO DEL PACIENTE CON FIEBRE Q. EXPERIENCIA DE UN CENTRO

L. Vela Manzano¹, C. Collado Pérez¹, I. Guerrero Lozano², I. Tinoco Racero¹, A. Martín Aspas¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Microbiología. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz

OBJETIVOS

Las recomendaciones más citadas en el manejo de la Fiebre Q (FQ) son las del grupo francés dirigido por el Dr.

D. Raoult, recientemente discutido por un grupo holandés tras el brote ocurrido en 2007 (Clin Infect Dis2011;52:1431) Analizamos el manejo de los pacientes con FQ atendidos en nuestra área y su evolución.

MATERIAL Y MÉTODO

Análisis retrospectivo de casos de FQ en 10 años previos en un centro de referencia (con 744 camas y área sanitaria de 222.515 habitantes) localizados a través de estudios serológicos (IFI) con un mínimo de un año de seguimiento desde el diagnóstico. Se definieron los casos como FQ aguda o crónica según criterios habituales (datos clínicos y evolución serológica).

RESULTADOS

Se excluyeron 16 casos para el análisis por datos incompletos. Se analizaron 102 casos, con edad media 41.5 años (SD \pm 14), 75% varones. Once pacientes (10.8%) presentaban datos infección pasada no cronificada, 10 FQ crónica, y 81 (79.5%) FQ aguda, de los que 2 (2%) evolucionaron a cronicidad sin confirmarse endocarditis. La presentación clínica fue fiebre con hepatitis (59.3%), fiebre sin foco (24.0%) y neumonía/otros (16.7%). El número de serologías realizadas y el periodo de tiempo entre ellas fue muy variable en los pacientes con FQ aguda (tabla 1). Sólo se realizó ecocardiograma en 12 casos de FQ aguda (13.0%), siendo 10 normales y detectando valvulopatía en 2 casos. Sólo 35 casos (43.2%) de FQ aguda recibieron doxiciclina (incluidos los dos que cronificaron); se usó ciprofloxacino en 6 casos. Seis casos de FQ aguda resuelta se trataron más de 21 días o recibieron retratamiento; sólo un caso de FQ aguda cronificada recibió doxiciclina más de 21 días desde el inicio. Se detectan 3 casos de Sd. de fatiga crónica. No falleció ningún paciente.

DISCUSIÓN

El grupo francés aconseja tratamiento antibiótico prolongado en función de los valores serológicos y resultados ecocardiográficos; el grupo holandés, según persistencia de síntomas y la existencia de factores de riesgo clínicos para la cronicidad. En nuestra serie detectamos pocas determinaciones serológicas y ecocardiogramas, que probablemente hayan condicionado el escaso uso de antibioterapia; sin embargo, la cronicidad no es superior a la descrita en la literatura. Al ser un estudio retrospectivo, no hemos podido valorar la presencia de factores de riesgo en el momento del diagnóstico, y es posible que actos diagnósticos/terapéuticos no estén reflejados, y por tanto, infraestimados

CONCLUSIONES

A pesar de la escasa adherencia a las recomendaciones actuales sobre el manejo clínico de la fiebre Q aguda, no observamos mayor cronicidad de lo descrito.

Número de serologías realizadas en pacientes con FQ aguda y tiempo desde el inicio de síntomas (A-11)

Orden serología	Nº pacientes (%)	Semanas desde inicio Mediana (IQ 25-75)
Primera	81 (100)	2 (2-3)
Segunda	81 (100)	7 (4-13)
Tercera	28 (34.5)	20 (13-27)
Cuarta	12 (14.8)	32 (26-41)
Quinta	6 (7.4)	45 (38-63)
Sexta	3 (3.7)	82 (50-107)
Séptima	2 (2.4)	92 (80-104)

A-12 ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LA MORBIMORTALIDAD DE LOS PACIENTES CON INFECCIÓN VIH INGRESADOS EN NUESTRO HOSPITAL

F. García Colchero, E. Sifuentes Díaz, F. Guerrero Sánchez, A. Martín Aspas, J. Girón González

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz

OBJETIVOS

Conocer las causas de ingresos, de mortalidad y las características asociadas de los pacientes con infección por VIH ingresados en nuestro hospital.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo y retrospectivo con revisión de las historias clínicas de los pacientes con infección por VIH que han ingresado en nuestro hospital durante el periodo de 5 años comprendidos entre enero de 2007 y diciembre de 2011. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS, versión 18.0 para Windows.

RESULTADOS

Del total de 136 pacientes (292 ingresos) 102 fueron hombres (75%) y 34 mujeres (25%), con una edad media de 44 años. El medio de transmisión de la infección VIH más frecuente fue la vía intravenosa (68%) en pacientes usuarios de drogas por vía parenteral. El 70% de los pacientes fueron coinfectados por el virus de hepatitis C y el 10% por el virus de la hepatitis B. Un 62% de los

pacientes que ingresaron recibían tratamiento antirretroviral, el 49% de ellos con un recuento de linfocitos CD4 superior a 200 cel/mm³ y el 46% con carga viral indetectable en el momento del ingreso. En cuanto a la morbimortalidad, la principal causa de ingreso fue por patología no relacionada con el VIH en el 60% de los casos, principalmente por proceso infeccioso (infección respiratoria 31,8%). La mortalidad total fue de 32 exitus (11% de los ingresos), de los cuales un 59,4% corresponde a patología no asociada a VIH (infección no relacionada con el VIH 21,8%, patología hepática 15,6%).

DISCUSIÓN

La mortalidad y el riesgo de progresión en pacientes con infección por VIH han disminuido drásticamente en las últimas décadas gracias a los avances en su manejo terapéutico, concretamente desde la introducción del tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA). A pesar de estos datos la esperanza de vida en pacientes con infección VIH incluso aquellos que reciben tratamiento antirretroviral está acortada respecto la población general, solo los que han recibido tratamiento durante al menos 6 años y han mantenido cifras de CD4 por encima de 500cel/ul pueden tener una mortalidad comparable a la población general. Estos datos de descenso de mortalidad general son muy alentadores, sobretodo si analizamos aquellas causas de mortalidad relacionadas con el VIH/SIDA, sin embargo no son tan alentadores si analizamos las otras causas de mortalidad no relacionadas con VIH/SIDA como puede ser las neoplasias no relacionadas con SIDA o muertes por causas cardiovascular.

CONCLUSIONES

El medio de transmisión de la infección por VIH más frecuente en los pacientes que ingresan o fallecen durante el ingreso, en los últimos 5 años en nuestro hospital, fue la vía intravenosa en usuarios de drogas por vía parenteral. La mayoría de los pacientes con infección por VIH ingresados presentaron coinfección con VHC, la mayoría realizaban tratamiento antirretroviral y casi la mitad de ellos con cifras de CD4 mayor de 200 cel/mm³ y carga viral indetectables. La principal causa de ingreso y de mortalidad en los pacientes con infección por VIH fue por patología no relacionada con el VIH.

A-13 NEUMONÍA POR PNEUMOCYSTIS JIROVECIÍ EN PACIENTES EN TRATAMIENTO CON RITUXIMAB

I. Martín Garrido¹, R. Terán Redondo¹, A. Calzada Valle¹, M. Martínez Risquez¹, L. Rivero Rivero¹, E. Calderón Sandubete¹, E. Carmona Porquera², A. Limper²

¹*Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Regional Virgen del Rocío. Sevilla*

²*Division of Pulmonary and Critical Care Medicine. Mayo Clinic College of Medicine. Rochester, MN, USA*

OBJETIVOS

La Neumonía por Pneumocystis (PCP) es una infección fúngica oportunista. Aunque clásicamente se ha relacionado a los linfocitos T como células primordiales en la defensa frente a este microorganismo, recientemente se han descrito en animales el papel de los linfocitos B en el control de esta infección. En nuestra institución se han observado recientemente casos de PCP en pacientes en tratamiento con Rituximab (anticuerpo monoclonal frente a Linfocitos-B Cd20) usado en enfermedades hematológicas y reumáticas. Por ello, el objetivo de nuestro trabajo es describir la cohorte de pacientes que ha desarrollado una PCP y recibían tratamiento con Rituximab.

MATERIAL Y MÉTODO

Se ha realizado una revisión sistemática utilizando la base de datos computerizada de la Mayo Clinic. Se han revisado las historias clínicas de todos los pacientes que han desarrollado una PCP y recibían tratamiento con Rituximab desde Enero de 1998 a Agosto de 2011. Se han recogidos los datos demográficos, enfermedades de base, fármacos concomitantes, curso clínico y mortalidad.

RESULTADOS

Durante este período, 30 pacientes desarrollaron una PCP durante el tratamiento con Rituximab. Las enfermedades subyacentes incluyeron las enfermedades hematológicas malignas en el 90% de los casos. En cuanto a la media de los ciclos previos de rituximab fue de 4, y los glucocorticoides fueron utilizados en el 73% de estos pacientes en diferentes regímenes de quimioterapia. Tres pacientes (10%) desarrollaron esta infección sin relación con otros fármacos inmunosupresores ni glucocorticoides. La presentación de esta infección fue atípica en un 40% de los casos con el desarrollo de distres respiratorio grave en el 88% por lo que requirieron el ingreso en UCI en el 53% de los casos. La evolución fue fatal en un 30% de los casos por causa directa de la infección. Tan sólo uno de ellos recibía quimioprofilaxis frente a esta infección. La profilaxis

secundaria fue realizada en el 76% de los pacientes dados de alta pero sin embargo reingresaron 2 pacientes por una nueva PcP.

CONCLUSIONES

Nuestros datos sugieren que la PCP puede ocurrir en pacientes que reciben tratamiento con Rituximab asociado a otros fármacos citotóxicos o con dosis significativas de glucocorticoides. El curso clínico de los casos de PCP asociados a Rituximab puede ser fulminante con una mortalidad significativa. Hasta el momento no existen guías de práctica clínica sobre la profilaxis frente a esta neumonía tal y como hay en pacientes con infección por el VIH, por lo que nosotros creemos que la profilaxis primaria debe ser considerada en pacientes con diferentes factores de riesgo, entre ellos el Rituximab, así como la profilaxis secundaria, al menos hasta que el sistema inmune vuelva a estar reconstituido. XXVIII Congreso SADEMI-III Reunión Nacional del Grupo de A Urgencias de la FEMI.

Paciente Pluripatológico/ Edad Avanzada (EA)

EA-01 ¿SE BENEFICIAN LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS PALIATIVOS DEL PLAN COMPORTE?

C. Escorial Moya, M. Fernández Ojeda, J. Delgado de la Cuesta

Servicio de Medicina Interna. Hospital San Juan de Dios de El Aljarafe. Sevilla

OBJETIVOS

1.- Analizar las causas de ingreso de los pacientes paliativos oncológicos. 2.- Analizar la forma de ingreso de estos pacientes, si reingresan y si consultan en urgencias. 3.- Analizar que porcentaje de ellos fallece en el hospital.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio prospectivo de los pacientes incluidos en el plan comparte como oncológicos paliativos durante 8 meses. Se analiza el sexo, edad, forma de ingreso (urgencias, hospitalización programada), causa de ingreso, reingreso al mes, utilización del hospital de día en estos pacientes, exitus en el hospital.

RESULTADOS

Se incluyen en el plan comparte oncológico 60 pacientes, de los que 4 están erróneamente incluidos. De los 56 pacientes correctamente incluidos 34 son varones (74±11 años) y 22 mujeres (76±12 años). El 80% de ellos ingresan a través del S de Urgencias y el 20% directamente a planta de hospitalización. Las causas de hospitalización fueron múltiples y entre las mas frecuentes se encontraron la disnea, infecciosa, disfagia. El hospital de día se utilizó tan sólo en el 2%. El 21 de los pacientes acude a urgencias en el mes siguiente del alta, y un 25 % de los pacientes ingresan. El 55% fallece en el hospital.

DISCUSIÓN

Con el fin mejorar la atención de los pacientes oncológicos paliativos, mejorando el control de síntomas, evitando reingresos y consultas en urgencias, incluimos a estos pacientes en el plan comparte para favorecer una mejor atención y una comunicación fluida entre Atención Primaria y el Médico Internista de referencia.

CONCLUSIONES

El porcentaje de ingresos de estos pacientes es bajo. El número de visitas al hospital tras hospitalización es mínimo. Esto se debe al trabajo en conjunto de atención primaria e internistas de referencia. Creemos que podemos utilizar con mayor frecuencia el hospital de día en detrimento del servicio de urgencias y favorecer aun más el ingreso en planta directo, de aquellos pacientes que lo requieran.

EA-02 PROGRAMA DE ATENCIÓN COMPARTIDA COMPORTE. BENEFICIOS Y ÁREAS DE MEJORA EN PACIENTES PALIATIVOS ONCOLÓGICOS

C. Escorial Moya, M. Fernández Ojeda, J. Delgado de la Cuesta, M. Gómez Hernández

Servicio de Medicina Interna. Hospital San Juan de Dios de El Aljarafe. Sevilla

OBJETIVOS

1.- Conocer la causa por la que ingresan los pacientes paliativos oncológicos en nuestro Servicio de Medicina Interna. 2.- Analizar si los pacientes ingresan directamente a planta de hospitalización mediante contacto telefonico desde primaria con el internista de referencia, o lo hacen a través del Servicio de Urgencias. 3.- Analizar que proporción de estos pacientes vuelven a consultar con el Servicio de urgencias o reingresan en el mes siguiente del alta hospitalaria.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio prospectivo de los pacientes incluidos en el plan comparte como oncológicos paliativos durante 8 meses. Se analiza el sexo, edad, forma de ingreso (urgencias, hospitalización programada), causa de ingreso, reingresos y visitas al Servicio de Urgencias en el mes siguiente, citas en el hospital de día, exitus en el hospital.

RESULTADOS

Se incluyen en el plan comparte oncológico 56 pacientes correctamente incluidos, 34 son varones (74±11 años) y 22 mujeres (76±12 años). El 80% de ellos ingresan a través del S de Urgencias y el 20% directamente a planta de hospitalización. Las causas de hospitalización fueron múltiples y entre las mas frecuentes se encontraron la respiratoria, infecciosa, disfagia. El hospital de día se utilizó tan sólo en el 2%. El 21% de los pacientes acude a urgencias en el mes siguiente del alta, y un 25 % de los pacientes ingresan. El 55% fallece en el hospital.

DISCUSIÓN

Incluir a estos pacientes en el plan comparte busca aportar un canal de comunicación mas fluido entre Atención Primaria y Medicina Interna para mejorar su calidad de vida, mejorando el control de síntomas, favoreciendo ingresos en planta sin necesidad de acudir a urgencias. La causa mas frecuente de ingreso es la disnea, lo que puede justificar que una gran mayoría de los pacientes ingresen a traves del servicio de urgencias y no de tiempo a programar el ingreso directo en planta. Otra herramienta que debemos potencias mas es la utilización del hospital de dia en ellos. Como parametro de calidad existe un buen control sintomatico del dolor.

CONCLUSIONES

- 1.- Las causas mas frecuente de ingreso en estos pacientes son la disnea, infecciosa y disfagia.
- 2.- La mayoría ingresan a través del Servicio de Urgencias
- 3.- Reingresa un 25% de los pacientes

EA-03 ANÁLISIS CRÍTICO DE LA ATENCIÓN AL PACIENTE PLURIPATOLÓGICO EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

M. González Benítez, C. Luque Amado, A. Ruz Zafra, A. Albarracín Arraigosa, I. Gallardo Romero, A. Muñoz Claros, A. Ruiz Cantero
Servicio de Medicina Interna. Hospital La Serranía. Ronda (Málaga)

OBJETIVOS

Conocer el perfil de los pacientes pluripatológicos que ingresan en el servicio de Medicina Interna de un hospital comarcal, valorar si se realiza el diagnóstico de paciente pluripatológico en el informe de alta y revisar el uso de recursos de consultas y de hospitalización que requieren.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo de los pacientes ingresados en nuestro servicio desde el 01/01/2010 hasta el 31/12/2010, con la información disponible en el informe de alta de Medicina Interna y en Diraya, seleccionando a los pacientes que cumplieran criterios de pluripatología según la definición del Proceso de Atención al Paciente Pluripatológico. Se revisó el uso de consultas (Urgencias, Atención Especializada y Atención Primaria) y de hospitalización desde el primer ingreso en 2010 hasta el 31/12/2011 (o hasta el fallecimiento del paciente). Las variables analizadas fueron: edad, sexo, categorías clínicas de pluripatología, días de estancia hospitalaria, tiempo de seguimiento, fallecimiento, diagnóstico de paciente pluripatológico en el informe de alta, número de ingresos posteriores en Medicina Interna y número de consultas en Urgencias, Atención Especializada y Atención Primaria posteriores al ingreso. El análisis estadístico se realizó con el programa R 2.13.2.

RESULTADOS

De las 1665 altas de Medicina Interna en 2010, 390 (23,42%) pudieron identificarse como correspondientes a pacientes pluripatológicos. En total se identificaron 277 pacientes pluripatológicos con las siguientes características: hombres 163 (58,5%), edad media 76.9 ± 8.6 años, 2.44 categorías clínicas de media por paciente. Las categorías clínicas más frecuentes fueron: A (patología cardiaca) 203, 73.3%, E (patología neurológica) 116, 41.9%, C (insuficiencia respiratoria)

102, 36.8%, B (vasculitis o enfermedad renal crónica) 102 (36.8%). La mediana de estancia hospitalaria fue de 10 días (6,15). La mediana de tiempo de seguimiento tras el alta fue de 535 días (270, 634). Hasta el final del seguimiento fallecieron un total de 88 pacientes (31.8%), 37 de ellos (42% de los fallecidos) durante el ingreso. Se incluyó el diagnóstico de paciente pluripatológico en 57 informes de alta (20.6%). Hasta el final del seguimiento los 240 pacientes que sobrevivieron al ingreso generaron un total de 188 nuevos ingresos en Medicina Interna (0.78 por paciente), 491 atenciones en Urgencias (2.04 por paciente), 329 consultas en Atención Especializada (1.37 por paciente) y al menos 2081 consultas en Atención Primaria (8.67 por paciente). Fueron revisados en la consulta de Medicina Interna 49 pacientes (20,4 % de los supervivientes)

DISCUSIÓN

Se ha identificado un porcentaje de pacientes pluripatológicos menor que en otras series (30-40% en servicios de Medicina Interna General, 60% en servicios orientados al paciente crónico), probablemente debido a información no suficientemente detallada en los informes. El diagnóstico de paciente pluripatológico sólo se incluyó en uno de cada cinco informes de alta. A pesar del papel fundamental del internista en la atención al paciente pluripatológico, sólo uno de cada cinco pacientes fue revisado en la consulta de Medicina Interna. El fallo en la identificación de los pacientes como pluripatológicos impide que puedan beneficiarse de la valoración integral por el internista y de la actuación conjunta con Atención Primaria.

CONCLUSIONES

A pesar de que el ingreso en Medicina Interna es una magnífica oportunidad para identificar a los pacientes pluripatológicos e iniciar una adecuada atención continuada, no estamos realizando una correcta identificación de estos pacientes. Debido a esto, el seguimiento al alta queda fuera del ámbito de Medicina Interna en la mayoría de los casos y los pacientes continúan asistiendo a múltiples consultas de otros especialistas, en lugar de beneficiarse de la visión global del internista. A partir de estos datos hemos planteado un plan de mejora para asegurar la identificación y el seguimiento de los pacientes pluripatológicos por Medicina Interna.

EA-04 MEDICAMENTOS INAPROPIADOS EN PACIENTES ANCIANOS: ¿SON ÚTILES LOS CRITERIOS DE BEERS EN NUESTRA POBLACIÓN?

S. Andrades Segura¹, V. Parra García¹, C. Vega Quirós¹, C. Escorial Moya²,
R. Fernández Ojeda²

¹Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital San Juan de Dios de El Aljarafe. (Sevilla)

²Servicio de Medicina Interna. Hospital San Juan de Dios de El Aljarafe. Sevilla

OBJETIVOS

Ante la inversión de la pirámide poblacional en nuestro medio, cada vez toma mayor relevancia la polimedicación en pacientes ancianos. Por ello llama la atención que no exista consenso en el uso de herramientas de detección de prescripción inadecuada completamente satisfactorias. El objetivo principal de nuestro estudio fue valorar el porcentaje de pacientes ancianos con prescripciones farmacológicas inapropiadas, según distintos criterios validados (Beers, Stopp y Start).

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo prospectivo, seleccionando todos los pacientes mayores de 65 años que ingresaron en Medicina Interna de nuestro hospital, en un periodo de tiempo de 10 días, con la intención de valorar la idoneidad del tratamiento farmacológico prescrito al ingreso según criterios STOPP/START y BEERS. Además se analizaron variables como la edad, sexo, criterios de pluripatología y de insuficiencia renal (NKF). Utilizamos el programa SPSS 15.0 para los cálculos estadísticos.

RESULTADOS

Se obtuvo una muestra con un total de 103 pacientes con una edad media de 77,8 años (65-95), con similar proporción de hombres y mujeres (56,3 % H vs 43,7 % M). Los criterios de prescripción inadecuada de BEERS estaban presentes en un 46,2% de los pacientes y los criterios de STOPP en un 42,3%. En cuanto a la adecuación de prescripción farmacológica según los criterios de START se objetivó un cumplimiento del 73,1%. Un porcentaje del 42,7% cumplía criterios de pluripatología y un 68% de ERC.

DISCUSIÓN

Un elevado porcentaje de pacientes presentaban al ingreso prescripciones farmacológicas inapropiadas, según los criterios de BEERS y STOPP, si bien fue superior el porcentaje de pacientes con prescripciones adecuadas. Destacar la coexistencia de ERC y pluripatología.

CONCLUSIONES

Un elevado porcentaje de pacientes consumen medicamentos inapropiados al ingreso. La revisión de la medicación habitual y los cambios terapéuticos oportunos, deberían ser incorporados a nuestra práctica clínica diaria.

EA-05 ANÁLISIS RETROSPECTIVO DE PACIENTES CON INGRESO PROLONGADO EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DE UN HOSPITAL COMARCAL

M. Gómez Hernández¹, A. Vergara Díaz¹, R. Fernández Ojeda¹,
S. Andrades Segura², C. Escorial Moya¹, A. Fernández Moyano¹

¹*Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital San Juan de Dios de El Aljarafe. Sevilla*

OBJETIVOS

Describir el número de pacientes que mantienen un ingreso hospitalario prolongado en nuestro centro y analizar las causas que hayan podido influir en éste.

MATERIAL Y MÉTODO

Realizamos un estudio descriptivo retrospectivo, con la intención de valorar el porcentaje de pacientes que mantienen un ingreso prolongado (definido como igual o superior a 30 días). Se analizaron variables como: edad, sexo, estancia media, motivo de ingreso, criterios de pluripatología, desarrollo de infección nosocomial, reingreso precoz (<15días), problemática social, y éxitus. Para el análisis de los resultados se utilizó el paquete estadístico SPSS 15.0 para Windows.

RESULTADOS

Obtuvimos una muestra de 50 pacientes con ingreso prolongado en el Servicio de Medicina Interna durante el año 2011, con una edad media de 70,6 años (28-97). La estancia media hospitalaria fue de 39,9 días (29-77). De entre los motivos de ingreso agrupados por tipo de patología, la causa más frecuente fue la patología infecciosa (46%). En más de la mitad de los casos, 27 pacientes (54%) se cumplía criterios de pluripatología. Un 32% desarrollaron infección nosocomial siendo la focalidad urinaria la más frecuente. Sólo 6 pacientes (12%) reingresaron de manera precoz en los 15 días siguientes al alta. La problemática social estaba presente en un 18% de los pacientes que alargaron su estancia hospitalaria. Finalmente 26 pacientes con ingreso prolongado fueron éxitus (52%)

DISCUSIÓN

El ingreso hospitalario prolongado supone un problema cada vez más frecuente en nuestro medio, posiblemente condicionado por el proceso de envejecimiento poblacional. Este tipo de ingresos implican un aumento de las atenciones y cuidados necesarios, así como un incremento del gasto sanitario. Para intentar solventar este tipo de situaciones, se plantean programas de continuidad asistencial compartidos con atención primaria para pacientes con elevada comorbilidad y pluripatología. Será recomendable además realizar una valoración social al ingreso para planificar posible necesidad de soporte al alta.

CONCLUSIONES

La edad avanzada, la comorbilidad, el desarrollo de infecciones nosocomiales y la problemática social son factores que pueden influir en la prolongación de un ingreso.

EA-06 PROGRAMA EDUCACIÓN SANITARIA EN CUIDADOS PARA PACIENTES Y FAMILIARES

M. Martín Bravo, J. Méndez Moreno, I. Gasco Fernández, C. Ridruejo Delgado, G. Vázquez González, R. Arregui Pérez, J. Vida Blanca, R. Solís López
Unidad Clínica de Atención Médica Integral (UCAMI). Hospital Virgen del Rocío. Sevilla

OBJETIVOS

El paciente crónico y Pluripatológicos durante todo el proceso de su enfermedad, recibe mucha información a través de diferentes profesionales. Esta información normalmente no está regulada ni consensuada, provocando en ocasiones que tanto el paciente como familiares busquen alternativas de forma dispersa y paralela provocando una planificación diversificada de los conocimientos precisos para cuidar en el domicilio Fruto de esta observación y, enmarcado en el Programa de Calidad del centro, se ha visto la necesidad de desarrollar un amplio Programa de Educación Sanitaria dirigido a pacientes y familiares a través de talleres dados por profesionales y de talleres de la Escuela de pacientes a personas cuidadoras dados por cuidadores.. Objetivo general: Evaluar la satisfacción de los asistentes con ambas actividades formativas Objetivos Especificos 1.Proporcionar información a pacientes y familiares para ampliar conocimientos relacionados con los cuidados en el domicilio, grupos de apoyo y recursos institucionales. 2. Establecer mecanismos de apoyo y colaboración con los profesionales ante la información y comunicación. 3. Validar la actividad desarrollada

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo trnaversal. Poblacion Grupos focales de pacientes y familiares de la Unidad. Determinaciones: Encuestas de satisfacción. Diseño de los contenidos pedagógicos. Elaboracion y desarrollo de los talleres por un d equipo multidisciplinar (médico, enfermera y auxiliar) y por cuidadores. Información sobre el contenido del curso, solicitando su colaboración en la difusión del curso en consultas externas. Encuesta de satisfacción anónima el último día de la sesión.

RESULTADOS

Resultados: Del primer y segundo programa de talleres y Ede pacientes (años 2.010 /2.011). Numero de talleres impartidos por profesionales 10, numero de talleres impartidos por cuidadores 4 Asistentes: talleres y Es Pacientes 96 – Grado de interés: Gran interés el contenido 23,8%, de mucho interés 76%– Cumplimiento expectativas: Sí 52%, No 47%.– Exposición comprensible: Muy clara 43%, clara 29%; N/C 26%– Dedicación suficiente a los temas: Sí 58%, No 24%, N/C 11,7%.– Conveniencia en la continuidad seminarios: 97%.– Participaria en un proximo taller como docente: si 34,5%, no 58,9%.

DISCUSIÓN

El apoyo educativo proporcionado influyó positivamente en las capacidades de autocuidado y desempeño del cuidador que atiende al enfermo crónico en el hogar.

CONCLUSIONES

Enfermería debe tomar al cuidador como sujeto de estudio y de atención ya que esta demostrado que la necesidad de dar apoyo permanentes a los cuidadores La participación en grupos, sirve para crear o aumentar una red social de apoyo. El apoyo social es una condición que favorece el estado de salud y bienestar del cuidador y propende a amortiguar las situaciones propias del cuidado de un enfermo crónico.

EA-07 VALORACIÓN INTEGRAL DE LOS PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS SEGÚN EL PROCESO ASISTENCIAL INTEGRADO DE ATENCIÓN AL PACIENTE PLURIPATOLÓGICO EN ATENCIÓN PRIMARIA. DESCRIPCIÓN DE UNA MUESTRA TRAS LA PUESTA EN MARCHA DEL PROYECTO IMPACTO

R. Arahál Trigueros¹, D. Nieto Martín¹, M. Bernabeu Wittel¹, M. González Benítez², M. Barón Ramos², M. Martín Sanz¹, J. Galindo Ocaña¹, E. Montero Aparicio³

¹Unidad Clínica de Atención Médica Integral (UCAMI). Hospital Universitario Virgen del Rocío. (Sevilla)

²Servicio de Medicina Interna. Hospital de la Serranía. Ronda (Málaga)

³Servicio de Medicina Interna. Hospital de Mendaro. Mendaro (Guipúzcoa)

OBJETIVOS

Una aportación esencial del Proceso Asistencial Integrado (PAI) Atención al Paciente Pluripatológico (PPP) ha sido la difusión de la valoración integral. El fin de las intervenciones sobre el PPP es modificar el curso natural de sus enfermedades. PPP no es solo un paciente con síntomas continuos y evidente minusvalía, sino que hemos planteado una intervención precoz sobre enfermos en situación de fragilidad clínica desde Atención Primaria. Muchos pacientes pueden no requerir durante años una intervención hospitalaria y un Plan de Asistencia Continuada y, sin embargo, beneficiarse de la valoración integral por el médico y enfermera de familia. El objetivo es analizar el nivel de implantación del PAI Atención al PPP en Atención Primaria mediante la cuantificación de las valoraciones integrales anuales que se realizan a los PPP del área sanitaria del Hospital Universitario Virgen del Rocío.

MATERIAL Y MÉTODO

Diseño: descriptivo transversal. Ámbito: área sanitaria del Hospital Universitario Virgen del Rocío. Población: pacientes con criterios de PPP según la definición recogida en el PAI de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía y en seguimiento en régimen de hospitalización, hospitalización a domicilio, y ambulatoriamente en Consultas Externas/ Unidad de Día incluidos en el estudio IMPACTO (estudio prospectivo multicéntrico de intervención cuasiexperimental). Variable de resultado: número de pacientes incluidos en el PAI y que dispongan de una valoración integral realizada anualmente por su médico y/o enfermera de familia, que debe incluir el análisis del área funcional (escala de actividades básicas de la vida diaria con el índice de Barthel y las actividades instrumentales de la vida diaria con el índice de Lawton y Brody), cognitiva (cuestionario de Pfeiffer) y sociofamiliar (escala de Gijón). Variables independientes: género,

edad, comorbilidades y categorías de inclusión. Datos extraídos de la Historia Digital de Salud del Ciudadano. Análisis estadístico descriptivo.

RESULTADOS

Se han incluido un total de 258 pacientes, con una edad media de 76,93 años, de los cuales el 50,39% son mujeres. Las comorbilidades más frecuentes son la insuficiencia cardíaca (70,54%), seguida de la enfermedad respiratoria crónica (46,90%) y de la cardiopatía isquémica (44,96%). Si agrupamos los criterios de PPP en categorías, las más prevalentes son la categoría A (insuficiencia cardíaca y cardiopatía isquémica) presente en el 86,82% de la muestra, la categoría C (enfermedad respiratoria crónica) en el 46,90% y la categoría B (enfermedad renal crónica, vasculitis y en enfermedades autoinmunes sistémicas) en el 41,86%. Del total de la muestra, el 38,37% está censado e incluido en el PAI de Atención al PPP de Atención Primaria y de éstos, tan solo el 16,16% cuentan con la valoración integral.

DISCUSIÓN

Una vez analizados los posibles factores que están dificultando seguir las recomendaciones del PAI de Atención a PPP, en lo que a valoración integral se refiere, sería pertinente plantear una segunda fase de implantación que mejorará dichos registros dada la importancia de realizar una intervención precoz sobre enfermos en una situación de fragilidad clínica desde Atención Primaria.

CONCLUSIONES

Tras la implantación del PAI de Atención al PPP, hace ahora 10 años, y con motivo de la puesta en marcha del proyecto IMPACTO, comprobamos como los PPP que son reclutados desde Atención Hospitalaria no tienen en su mayoría la valoración integral anual según dictan las recomendaciones del Proceso.

EA-09 HIERRO CARBOXYMALTOSA CON O SIN ERITROPOYETINA EN LA PREVENCIÓN DE TRANSFUSIÓN DE HEMATÍES EN EL PERIODO PERIOPERATORIO FRACTURA DE CADERA OSTEOPORÓTICA. UN ENSAYO CLÍNICO ALEATORIZADO CONTROLADO: EL PROYECTO PAHFRAC-01

J. Praena Segovia¹, M. Bernabeu Wittel¹, R. Aparicio Santos², M. Romero Jiménez³, J. Murcia Zaragoza⁴, A. Ruiz Cantero⁵, F. Garrachón⁶, en representación de los Investigadores del Proyecto PAHFRAC-01⁷

¹ *Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Regional Virgen del Rocío. Sevilla*

² *Servicio de Medicina Interna. Hospital San Juan de Dios de El Aljarafe. Sevilla*

³ *Servicio de Medicina Interna. Hospital Comarcal Infanta Elena. Huelva*

⁴ *Servicio de Medicina Interna. Hospital Vega Baja de Orihuela. Orihuela (Alicante)*

⁵ *Servicio de Medicina Interna. Hospital Serranía Ronda. Málaga*

⁶ *Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Regional Virgen Macarena. Sevilla*

⁷ *Grupo de estudio de Pacientes Pluripatológicos y de Edad Avanzada de la SEMI*

OBJETIVOS

La fractura osteoporótica de cadera presenta una alta prevalencia en la población anciana y su incidencia es cada vez mayor con el envejecimiento de la población. Presenta una importante morbimortalidad asociada y constituye un impacto sobre la capacidad funcional. La anemia es una de las complicaciones más frecuente y entre un tercio y la mitad de los casos será necesario la utilización de hemoderivados. La transfusión de concentrados de hematíes se asocia a un exceso de morbimortalidad por lo que es necesario desarrollar nuevas estrategias en el tratamiento de la anemia en este grupo poblacional. El objetivo de nuestro ensayo es demostrar la seguridad, eficacia y costo-efectividad del tratamiento cambiando de hierro carboxymaltosa y eritropoyetina (brazo EPOFE) versus hierro carboxymaltosa (brazo FE) versus placebo (brazo PLACEBO) en la reducción del porcentaje de pacientes que requieren transfusión de sangre.

MATERIAL Y MÉTODO

Ensayo clínico en fase III multicéntrico no comercial realizado en 14 hospitales del marco nacional, de diseño doble ciego, aleatorizado, controlado con placebo y de grupos paralelos. Criterios inclusión: Mayores de 65 años admitidos en el hospital por fractura de cadera osteoporótica con niveles de Hb entre 90 y 120g/dl y tras consentimiento firmado. Criterios de exclusión: enfermedades de médula ósea

que interfieran en la acción de la eritropoyetina (EPO), coagulopatías o haber estar anticoagulado al ingreso, presentar intolerancia o alergia a hierro o EPO, pacientes con insuficiencia renal en tratamiento sustitutivo, haber recibido en los 3 meses previos tratamiento con hierro o EPO, la presencia de enfermedades inflamatorias crónicas responsables de la anemia y padecer hipertensión arterial no controlada. El ensayo consta de tres brazos de intervención: 1) En el brazo EPOFE los pacientes serán tratados con dosis única de hierro carboxymaltosa 1g i.v. y 40.000 UI de EPO s.c. o i.v. 2) El brazo FE recibirá dosis única de hierro carboxymaltosa 1gramo i.v. y placebo s.c. 3) Grupo control placebo: recibirá placebo i.v. y s.c. El periodo de seguimiento será de 60 días y las variables analizadas una vez finalizado el periodo de seguimiento serán la necesidad de transfusiones, morbilidad, mortalidad, seguridad, coste y calidad de vida asociada a la salud. Se realizará el análisis por intención de tratar, por protocolo y se realizará análisis de costoefectividad. El número de pacientes reclutado será 102 por brazo de tratamiento, con una n total de 306. El análisis estadístico se realizará mediante el paquete estadístico SPSS versión 18. Para el análisis comparativo de ls resultados de los diferentes brazos se aplicará el test estadístico Chi-cuadrado para las variables cualitativas. El análisis de las variables cuantitativas se realizará mediante el test de Kruskal-Wallis. Intervalo de confianza del 95%. La significación estadística requerida será de $p < 0.05$

CONCLUSIONES

Con este ensayo clínico pretendemos ampliar el conocimiento sobre la eficacia y seguridad del uso de hierro intravenoso asociado a eritropoyetina así como su impacto en la prevención de la necesidad de transfusión de concentrados de hemáties en los pacientes con fractura de cadera que presentan anemia.

EA-12 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LOS ANCIANOS HOSPITALIZADOS PROCEDENTES DE RESIDENCIAS SOCIO-SANITARIAS

A. Albarracín Arraigosa, A. Ruz Zafrá, M. Barón Ramos, J. Santos Morano, A. Ruiz Cantero

Servicio de Medicina Interna. Hospital La Serranía. Ronda (Málaga)

OBJETIVOS

Conocer las características clínicas y demográficas de pacientes ancianos hospitalizados procedentes de una residencia socio-sanitaria.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo en el que se incluyeron todos los pacientes hospitalizados procedentes de residencias socio-sanitarias desde el 1 de enero 2010 al 31 de diciembre 2011. Las variables categóricas se expresaron mediante el número (porcentaje) y las variables continuas por la mediana (rango intercuartílico). El análisis estadístico fue llevado a cabo mediante el paquete estadístico informático SPSS 15.0.

RESULTADOS

Se incluyeron en el estudio un total de 103 pacientes. Cincuenta y nueve (56%) eran mujeres. La mediana (Q1-Q3) de edad fue de 83 (78-87) años. La mediana (Q1-Q3) de los días de estancia fue 9 (5-12). Siete (7%) pacientes fallecieron durante el ingreso. Cuarenta y nueve (47%) cumplían criterios de pluripatológicos. La fractura de cadera fue el diagnóstico más frecuente al alta con 40 (38%) casos, seguido de la neumonía con 11 (10%), insuficiencia cardiaca e ictus con 8 (8%) casos. Las enfermedades de base se muestran en la tabla 1.

DISCUSIÓN

Las residencias socio-sanitarias se están convirtiendo en un eslabón cada vez más importante en nuestro sistema sanitario. En la actualidad atienden a residentes dependientes con alta frecuencia de enfermedades crónicas, problemas cada vez más complejos y con la necesidad de cuidados múltiples que los sitúan a medio camino entre el hospital y el domicilio. Conocer las características de estos pacientes nos puede ayudar en su manejo.

CONCLUSIONES

Existe una alta frecuencia de enfermedades crónicas en la población anciana institucionalizada. Destacando la hipertensión arterial y diabetes mellitus junto con la demencia. La mitad de la población cumple criterios de pluripatológicos. La principal causa de ingreso de estos pacientes fue la fractura de cadera.

Enfermedades de base (EA-12)

Patología	n (%)
Diabetes	33 (31)
Hipertensión	77 (73)
Dislipemia	25 (23)
C.isquemica	17 (16)
Ictus	20 (19)
I.Renal	13 (12)
Demencia	29 (28)

EA-13 SEGUIMIENTO POSTINGRESO DE LOS ANCIANOS HOSPITALIZADOS PROCEDENTES DE RESIDENCIAS SOCIO-SANITARIAS

A. Ruz Zafra, A. Albarracín Arraigosa, J. Santos Morano, M. Barón Ramos,
A. Ruiz Cantero

Servicio de Medicina Interna. Hospital de La Serranía. Ronda (Málaga)

OBJETIVOS

Conocer la historia natural de los pacientes ancianos hospitalizados procedentes de una residencia socio-sanitaria tras el alta hospitalaria.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio observacional retrospectivo en el que se incluyeron todos los pacientes hospitalizados procedentes de residencias socio-sanitarias desde el 1 de enero 2010 al 31 de diciembre 2010. Se realizó un seguimiento de estos enfermos durante el año posterior al alta hospitalaria. Se recogieron visitas a urgencias, ingresos hospitalarios y si se produjo el fallecimiento así como las causas de estas. Las variables categóricas se expresaron mediante el número (porcentaje) y las variables continuas por la mediana (rango intercuartílico). El análisis estadístico fue llevado a cabo mediante el paquete estadístico informático SPSS 15.0.

RESULTADOS

Se incluyeron en el estudio un total de 41 pacientes. Veinte uno (51%) eran mujeres. La mediana (Q1-Q3) de edad fue de 82 (78-87) años. Veinte tres (56%) cumplían criterios de pluripatológicos. Quince (37%) pacientes fallecieron en el año posterior al alta hospitalaria. Cuatro (10%) fallecieron en el hospital. Las causas de éxitus fueron neumonía (2 casos), sepsis urinaria y arritmia (1 caso) y el resto desconocidas. Dieciocho (43 %) acudieron al menos en una ocasión a Urgencias. La causa más frecuente fue insuficiencia cardiaca con 4 (10%) casos. Quince (36%) pacientes tuvieron al menos un ingreso. La causa más frecuente fue la neumonía con 2 (5%) casos. Las enfermedades de base se muestra en la tabla 1.

DISCUSIÓN

Los ancianos institucionalizados constituyen una población frágil. El ingreso hospitalario debería ser la puerta de entrada a un sistema de mayor atención a estos individuos. Ya que, tras el alta hospitalaria, el fallecimiento ocurre en un elevado número de pacientes.

CONCLUSIONES

Existe una alta morbi-mortalidad en la población anciana institucionalizada tras un ingreso hospitalario. La mayoría fallecen en domicilio. La causa más frecuente conocida fue la neumonía.

Enfermedades de base (EA-13)

Patología	n (%)
Diabetes	11 (27)
Hipertensión	32 (78)
Dislipemia	6 (15)
C.isquemica	10 (24)
Ictus	10 (24)
I.renal	6 (15)
Demencia	14 (34)

EA-14 ANÁLISIS DE LOS ERRORES DE CONCILIACIÓN E INDICADORES DE CALIDAD EN DICHO PROCESO EN PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Á. González Molina¹, L. De la Higuera Vila¹, E. Alfaro Lara², J. Praena Segovia¹, P. Rivas Cobas¹, M. Galván Banqueri², B. Santos², M. Nieto Martín¹

¹Unidad Clínica de Atención Médica Integral (UCAMI) ²Servicio de Farmacia. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla

OBJETIVOS

- Calcular los principales indicadores de calidad en el proceso de conciliación realizado al ingreso hospitalario de una muestra de pacientes pluripatológicos.
- Analizar los tipos de errores y determinar el más frecuente en este grupo de pacientes, así como, el porcentaje de aceptación de la intervención.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio observacional prospectivo. Se realizó conciliación al ingreso de 70 pacientes pluripatológicos, según definición recogida en el Proceso Asistencial Integrado de Andalucía, en un hospital de tercer nivel. La fuente de información principal utilizada fue la historia clínica digital, tanto la hospitalaria, como la de Atención Primaria, recurriendo a la entrevista clínica en caso necesario. Para valorar la incidencia de errores se calcularon los principales indicadores de calidad del proceso de conciliación, recomendados por el grupo de Conciliación de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. Se recogieron las siguientes

variables: número de fármacos prescritos, número de discrepancias que requirieron aclaración con el prescriptor, número de EC, tipo de error (omisión, comisión, diferencias de dosis, vía o pauta, prescripción incompleta) y porcentaje de aceptación.

RESULTADOS

De los 70 pacientes, 49 presentaron al menos 1 EC, es decir, hubo un 70% de pacientes con EC. Los pacientes tenían 819 fármacos prescritos, de los cuales 142 presentaron discrepancias que requirieron aclaración con el prescriptor. De estas 142 discrepancias no justificadas, el médico modificó la prescripción en 124 de ellas, consideradas errores de conciliación. Estos datos dan una cifra de errores de conciliación en el 87,32% de las discrepancias y un 15,14% de medicamentos prescritos con EC. El número de EC/paciente fue 2,53 y el número de EC detectados (número de EC/número de pacientes con al menos 1 EC) fue 0,87. Los tipos de error fueron: omisión de medicamentos, destacando antidepresivos y suplementos de hierro, (90,98%), comisión (1%), dosis o pauta diferentes (4,8%) y por prescripción incompleta (3,22%).

DISCUSIÓN

-Existe una alta incidencia de errores de conciliación en estos pacientes. Los indicadores de calidad estandarizados en el proceso de conciliación constituyen una herramienta válida para evaluar la incidencia de dichos errores y poder efectuar comparaciones. -El error más frecuente es la omisión del medicamento, posiblemente debido al elevado número de fármacos prescritos en los pacientes pluripatológicos.

CONCLUSIONES

-La actividad de conciliar la medicación debe entenderse como una oportunidad de mejora en seguridad del paciente y es fundamental desarrollar e implantar procedimientos estandarizados en pacientes vulnerables, como es el caso de los pacientes pluripatológicos.

Gestión Clínica (G)

G-01 HOSPITAL PRIVADO DE RECIÉN APERTURA: ORGANIZACIÓN Y ACTIVIDAD DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

F. Romero-Candau, M. Rey Rodríguez, M. Blanco Suárez

Servicio de Medicina Interna. Hospital Viamed Santa Ángela de la Cruz. Sevilla

OBJETIVOS

El Hospital Viamed Santa Ángela de la Cruz de Sevilla es un Hospital Privado que abrió sus puertas en Agosto de 2010. Tras un año de su apertura el hospital cuenta en estos momentos con un cuadro de 175 médicos especialistas y 32 servicios médicos/quirúrgicos organizados. OBJETIVO Valorar la actividad asistencial de un servicio de medicina interna en un Hospital Privado de Sevilla tras el primer año de apertura.

MATERIAL Y MÉTODO

El Servicio de Medicina Interna se considera uno de los servicios centrales del hospital, ahora mismo está formado por tres médicos especialistas en medicina interna. Desarrolla su actividad asistencial en una doble vertiente:-Actividad en consultas externas.-Actividad hospitalaria: Atención al paciente hospitalizado por patología médica. Consultor de todos los servicios quirúrgicos. Estudio de la actividad del servicio de medicina interna desde la apertura del hospital hasta el 30 de Diciembre de 2012. Análisis de la organización.

RESULTADOS

En la tabla I se presenta el número de pacientes atendidos en las consultas externas trimestralmente. En la tabla II se presenta en número total de pacientes atendidos en las consultas por año.

DISCUSIÓN

El servicio de medicina interna es uno de los pilares para la organización del hospital. El servicio inició su actividad con varios objetivos asistenciales: dar cobertura asistencial a todos los pacientes hospitalizados, valoración de todos los paciente médicos y/o quirúrgicos, sobre todo los pacientes del área de obstetricia y ginecología, que suponen más del 50 % de la actividad asistencial del centro, pero también a los pacientes de otros servicios quirúrgicos como traumatología, neurocirugía, urología... con el objetivo de intentar adelantarnos a las posibles complicaciones médicas de estos pacientes para pautar las medidas preventivas necesarias y disminuir su morbimortalidad. Asistencia en consulta de medicina interna, organizando un sistema de consultas diarias, donde todos los internistas

tienen asignadas un número de camas y consulta diaria para intentar acortar la estancia media hospitalaria apoyándose en una cobertura de consultas.

CONCLUSIONES

El servicio de medicina interna es un pilar básico en la actividad de cualquier hospital pero se hace cada vez más relevante en los hospitales privados no solo por el volumen asistencial sino por su colaboración con el resto de los servicios quirúrgicos. Es necesario implicar en los hospitales privados a los médicos especialistas en medicina interna para que aporten su calidad asistencial en estos centros.

Tabla I. Número de pacientes atendidos en las consultas externas trimestralmente (G-01)

AÑO 2012	1^{er} Trimestre	2^o Trimestre	3^{er} Trimestre	4^o Trimestre
Nº de Pacientes	659	1028	773	1491

Tabla II. Número total de pacientes atendidos en las consultas por año (G-01)

AÑO	Nº de Pacientes
2010	419
2012	4069

G-02 ¿QUÉ APORTA EL ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA EN LA VALORACIÓN PREVIA A LA CIRUGÍA DE ANEURISMA ABDOMINAL?

A. Martín Aspas, A. Fernández Rodríguez, F. García Colchero

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz

OBJETIVOS

La reparación endovascular del aneurisma abdominal (REVA) es una técnica cada vez más utilizada en pacientes con mayor comorbilidad, al presentar menor tasa de complicaciones que la cirugía abierta convencional, si bien su coste se estima más elevado. Analizamos si la valoración previa de un especialista en Medicina Interna mejora la selección de pacientes candidatos a dicha técnica.

MATERIAL Y MÉTODO

Durante el año 2011, de forma prospectiva, todos los pacientes propuestos para REVA desde el servicio de Cirugía Vascul ar fueron valorados en consultas

independientes, y posteriormente comentados en sesión conjunta por un especialista en Cirugía Vasculat, Radiodiagnóstico, Anestesia y Medicina Interna. Se valora la comorbilidad y riesgo postquirúrgico esperable de la cirugía abierta y REVA (1), y el riesgo de progresión/rotura del aneurisma en cada caso, para decidir de manera multidisciplinar la actitud terapéutica definitiva.

RESULTADOS

Fueron valorados 27 pacientes, 26 varones (96.3%) con mediana de edad 76 años (rango 64-84). Presentaban hipertensión arterial, 17 (62.9%), EPOC, 10 (37.0%), diabetes mellitus tipo 2, 3 (11.1%), ictus previo, 5 (18.5%), cardiopatía isquémica, 7 (25.9%), insuficiencia cardiaca, 5 (18.5%), claudicación intermitente, 8 (29.6%), anemia de trastorno crónico, 8 (29.6%), insuficiencia renal crónica, 10 (37.0%) y cirrosis, 2 (7.4%). En 6 casos (22.2%) se detectó falta de información/entendimiento del proceso durante la consulta del internista. En 4 casos (14.8%) se hicieron nuevos diagnósticos, dos casos de anemia no filiada previamente (realizando estudios pertinentes), un caso de cirrosis con hipertensión portal y un caso de infección crónica por virus de la hepatitis C. Del total, en 20 pacientes se realizó REVA (74%), 2 se derivaron a cirugía abierta por baja comorbilidad (7.5%) y 5 se rechazaron para actitud quirúrgica (18.5%). De estos últimos, 2 pacientes rechazaron la técnica tras ampliar información de riesgo/beneficio, 1 por demencia y situación de dependencia, 1 por presentar frecuentes bacteriemias de origen biliar secundarias a cirugía previa y 1 por cirrosis con hipertensión portal y alto riesgo de descompensación

CONCLUSIONES

La participación del internista en la valoración multidisciplinar de pacientes candidatos a REVA mejoró el proceso de información y diagnóstico de los pacientes, ayudando a la toma de la decisión terapéutica definitiva. 1. J Vasc Surg 2009;50:1271-9

G-03 GESTIÓN DE CASOS Y COORDINACIÓN SOCIO-SANITARIA COMO INSTRUMENTOS BÁSICOS EN EL MANEJO DE PACIENTES FRÁGILES EN MEDICINA INTERNA

A. Ortégón Gallego¹, C. Nevado Barbero¹,
J. López Maldonado², I. Mejías Real³, R. Tirado Miranda⁴,
M. Pérez Tejero³, L. Montero Rivas³

¹EGC-UGC Servicio de Medicina Interna, ²Trabajador Social, ³Fac. UGC Servicio de Medicina Interna, ⁴Jefe Servicio UGC Medicina Interna. Hospital Infanta Margarita. Cabra (Córdoba)

OBJETIVOS

El incremento en la esperanza de vida conlleva igualmente asociado un incremento en las enfermedades crónicas. A medida que el paciente presenta progresiva pérdida de autonomía, la familia ha de asumir los cuidados básicos. El paciente se transforma en frágil, pluripatológico y elevada dependencia. Tanto él como la familia entran en situación de riesgo cuando no se pueden (o quieren) asumir los cuidados domiciliarios. Obj. 1 Conocer los ingresos hospitalarios de éstos pacientes, vías de captación, procesos de enfermedad, entorno familiar (cuidadora), etc. Obj. 2 Actuar sobre la población frágil y su cuidadora/or (cuando los hay) Obj. 3. Disminuir reingresos.

MATERIAL Y MÉTODO

Se revisan los casos de pacientes frágiles, con alta complejidad de cuidados y con presencia ó no de la cuidadora principal con intervención directa por Enfermería Gestora de Casos durante el año 2011. Éstos casos son detectados mayormente en las Unidades de Medicina Interna, por el equipo de enfermería ó facultativo que lo asiste. Son derivados a gestión de casos para intervención y seguimiento. Se gestionan los casos en coordinación con los facultativos de la UGC de Medicina Interna, Unidades la Unidad de Trabajo Social, Gestoría de Usuarios, Unidad de Accesibilidad, Farmacia, Unidad de Rehabilitación y Unidad de Nutrición Clínica.

RESULTADOS

Derivados por: Personal de enfermería, Personal facultativo, Unidad de trabajo social, Cuidados Críticos y Urgencias. CC.UU, Captación Activa, Otros: EGC-C, T.Social Comunitario, T. Social de Salud. Derivaciones y captaciones de pacientes realizadas:507: Enfermería Referente: 164. Facultativos: 77. Supervisores: 11.Enfermería Gestora Casos de Atención Primaria: 151.T.Soc.24, CC.UU: 22. Activa: 41.Otros: 17 Gestiones de coordinación realizadas: 950: T. Social: 81. EGC-C: 330. Terapias de 02 dom.: 180. Fármacos domiciliarios: 76. Citas Ac.Ún: 145. Mat. Ortop. 94. Nut. dom: 35. Otras:9

DISCUSIÓN

La intervención de gestión de casos en pacientes frágiles con elevados grados de dependencia implica la necesaria coordinación de intervenciones sociales, a través de la Unidad de Trabajo Social del Hospital así como de intervenciones por parte de otras Unidades: Farmacia Hospitalaria, Nutrición Clínica, Unidad de Accesibilidad, Gestoría de Usuarios y Unidad del Aparato Locomotor, fundamentalmente. La Unidad de Medicina Interna es la que genera mayor captación de pacientes frágiles al encontrarse éstos entre el grueso de población con enfermedades crónicas.

CONCLUSIONES

En tiempos como los actuales, sometidos a constantes cambios socio-económicos, se hace aún más necesario la comunicación intrahospitalaria con enfermería gestora de casos y la Unidad de Trabajo Social para su coordinación con las Instituciones Sociales de apoyo adscritas al área de referencia del hospital. La coordinación con la Unidad de Trabajo Social del Hospital es necesaria para determinar la situación social previa al ingreso y posterior destino al alta. Se pone en marcha un mecanismo de coordinación interna que en permanente contacto con el equipo asistencial da respuesta de forma progresiva a la población frágil, dependiente y vulnerable. La captación precoz de casos en las Unidades de Medicina Interna, permite intervenir igualmente de forma precoz con las múltiples Unidades que asisten a los pacientes. La intervención sobre la persona cuidadora principal es necesaria valorando su situación física, psíquica y social ante el riesgo de claudicación que pudiera presentar.

G-04 ¿QUÉ FACTORES INFLUYEN EN LA INADECUADA CUMPLIMENTACIÓN DE LOS REGISTROS CLÍNICOS ENFERMEROS?

M. Díaz Benavente, M. Facón Ortega, A. Pérez Mairén, C. Toquero Pichardo, P. Sariego Morillo, S. Vargas Reyes

Unidad Clínica de Atención Médica Integral (UCAMI). Hospital Virgen del Rocío. Sevilla

OBJETIVOS

Los registros de enfermería son el soporte documental donde queda plasmada toda la información sobre la actividad enfermera. Proporcionan la única prueba documental de que se ha llevado a cabo los tratamientos médicos y enfermeros, los cuales proporcionan respaldo jurídico-legal a los profesionales. OBJETIVO GENERAL: Conocer qué factores influyen en el personal de enfermería para no realizar adecuadamente los registros clínicos OBJETIVOS ESPECÍFICOS: Conocer si existe capacitación por parte de la supervisión de enfermería para instruir a los profesionales Demostrar si la carga de trabajo es un factor que afecte a la cumplimentación de los registros Relacionar si el desconocimiento de la norma para el llenado de los registros es un factor determinante para realizarlo en forma correcta. Determinar si el estado emocional (apatía, insatisfacción con el trabajo desempeñado) de la enfermera es un factor determinante para cumplimentarlos adecuadamente.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo y transversal, del tipo de investigación documental que analiza los factores que interfieren en el correcto llenado de los registros clínicos de enfermería. Para la recolección de datos se realizó un cuestionario con 20 ítems basado en la operacionalización previa de las características de las variables incluidas en el estudio. La muestra estuvo constituida por 80 enfermeras del servicio de medicina interna UCAMI Determinaciones: conocimiento de la normativa, capacitación recibida por parte de los mandos intermedios y factores que interfieren para cumplimentarlos adecuadamente.

RESULTADOS

Edad: 29-38 44%; 39-48 25%; 49-58: 8%. Genero: femenino 89%; masculino 11% Antigüedad en el servicio: 6-11 meses 16%; 12-17meses 8%; mas de 18 meses 29%. Conocimiento de las normas: si 33%; no 67% Recibe capacitación por parte del supervisor: si 57%; no 43% Importancia de hacer constar su trabajo por medio de los registros de enfermería: mucho 97%; poco 3%; nada 0% La cantidad de pacientes afecta su desempeño laboral: si 81% - no 19% Momento de cumplimentación de los registros clínicos de enfermería: al inicio de la jornada 5%; durante la jornada 25%, al final de la jornada 70% Tiempo dedicado a la cumplimentación de los registros: 5 min. 21%;10 min. 38%; 15 min 41% Ambiente laboral: bueno 49%; regular 42%; malo 9% Estado emocional: estresado 29%; enojado 1%; otros 5% Factores que interfieren en el llenado adecuado de los registros: carga de trabajo 42%; falta de unificación de criterios 21%; recursos insuficientes 14%; falta de conocimiento 9%; otros 14%

CONCLUSIONES

Enfermería que cumple a la perfección su trabajo a "pie de cama" ha sabido "inventar" documentos al margen de la historia del paciente, que les han servido para comunicarse con el resto de enfermeras cuando han considerado necesaria la transmisión de alguna información (libros de incidencias, libros de registro, exploraciones, notas en tablón de anuncios), a lo que se ha añadido la información verbal transmitida en los cambios de turno. Sin embargo diversas razones se usan para seguir justificando su postura: la falta de tiempo, la carga de trabajo asistencial, falta de aplicabilidad, dificultades con la metodología, incluso admiten algunos las dificultades de plasmar por escrito su trabajo, por la falta de costumbre o por el desconocimiento del lenguaje adecuado.

G-05 ANÁLISIS DE LAS CARGAS DE TRABAJO DE ENFERMERÍA EN UNA UNIDAD DE MEDICINA INTERNA

T. Cano Rodríguez, S. Martín Matute, P. Paredes Pérez, C. Ridruejo Delgado, E. Valero Aliaga, I. Lobo Matas

Unidad Clínica de Atención Médica Integral (UCAMI). Hospital Virgen del Rocío. Sevilla

OBJETIVOS

La evolución progresiva de la población hacia el envejecimiento y la pluripatología, conllevan un aumento de las cargas asistenciales. Las ratios enfermeras/pacientes no contemplan la gran variabilidad que se da en estas circunstancias
Objetivo: Valorar las cargas de enfermería por paciente, mediante la utilización de una escala específica para medir el nivel de dependencia y cuidados diarios de c/ paciente.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo y longitudinal. La muestra estuvo constituido por 59 pacientes de la unidad escogidos aleatoriamente. Se elaboró una escala para valorar los niveles de carga en base a los aspectos más relevantes que intervienen en nuestro trabajo relacionado con el paciente (aspectos clínicos, aspectos de comunicación y aspectos técnicos): Cuidados derivados de: una monitorización, del aseo e higiene, cuidados respiratorios, alimentación, movilidad, atención psicológica, curas, administración de tratamientos enterales y parenterales, técnicas derivadas de pruebas y métodos diagnósticos y tareas burocráticas.

RESULTADOS

Edad: 51 a 65 18%; 66-75 18,5%; 76-85 38.9% >85 18,5 Patología: Cardiovasculares 30%, respiratorias 22,2%, digestivas 20,4%, renales 7,4%, oncológicas 5.6% musculoesqueleticas, 3,7% Otras 6%. Monitorización: (Tª, TA, FC, Sat. Oxig...) 83% Monitorización crítica 13% Alimentación: Autónomo 57,6 %, Precisa ayuda 26,7 %, dependiente 15% Movilidad: Autónomo 26%, Precisa ayuda para desplazarse e instalarse 54%; dependiente 19%. Eliminación/Aseo: Autónomo 47%, necesita ayuda 37%, dependiente 16% Atención Psicológica: Explicación de procedimientos 22%, vigilancia del nivel de conciencia 9%, vigilancia de agitación psicomotriz 6%, problemas de comunicación 2% no precisa cuidados 59% Técnicas derivadas de métodos diagnosticos: no precisa nada 13%, ECG 20%, extracciones de analítica 36%, gasometrías 5%, glucemias 24%, Rx portátiles 5%. Administración de TTo: Medicación oral y parenteral 52%; Medicación e/v (directa/infusión) 22%;

administración de hemoderivados 6%, administración de medicación por bomba de infusión 13%, medicación inhalatoria 7 %. CURAS:No precisa 31 %; Cura limpia 23%; Cura séptica y/o compleja 5%. Tareas burocráticas: Gestión habitación 12%, gestión de traslados7%, gestión dietas de cocina24%, gestión de unidosos 38%, atención a familiares 16%, Ayuda celador 3%.

DISCUSIÓN

De la población incluida en el estudio, un 48,76% fue clasificada como pacientes autónomos o de nivel I con un intervalo de puntuación de 15 a 25 puntos. Otro 48,76% fueron clasificados como pacientes dependientes o de nivel II, con un intervalo de puntuación de 26 a 50, El 2,46% restantes fueron clasificados como pacientes muy dependientes o de nivel III, teniendo una puntuación superior a 50.

CONCLUSIONES

Conclusiones: Creemos que la escala por si sola no es suficiente para calcular la asignación de enfermería por paciente, ya que hay otros factores que intervienen en la cargas de trabajo de la enfermera en una Unidad de estas características como son las condiciones laborales y calidad de vida profesional. Se precisaría realizar un estudio más extenso.

G-06 ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DE UNA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA MÉDICA EN UN HOSPITAL COMARCAL

A. González Amieva, M. Márquez García, P. Sosa Rojas, M. Arias,
I. Vargas Ortega, J. García Sánchez

Unidad de Gestión Clínica de Atención Médica Integral. Hospital Valle de los Pedroches. Pozoblanco (Córdoba)

OBJETIVOS

Analizar los resultados de una Unidad de Corta Estancia Medica (UCEM) dependiente de un Servicio de Medicina Interna en un hospital comarcal, así como su impacto sobre la estancia media de dicho Servicio.

MATERIAL Y MÉTODO

La puesta en marcha precisó una serie de modificaciones en nuestro Servicio como reorganización de camas, selección de personal de enfermería con dedicación prioritaria, reorganización del personal facultativo respecto a la asistencia diaria de planta y urgencias, selección y protocolización de ingresos, y la creación de un registro específico a nivel del Servicio de Admisión. No se precisó un aumento de recursos humanos ni materiales.

RESULTADOS

En su primer año de funcionamiento, se ingresaron en la UCEM 204 enfermos, un 11'86% de todos los ingresos del Servicio. La estancia media fue de 3'6 días y el 79'9% de pacientes fue dado de alta a su domicilio. La estancia media global del Servicio disminuyó 1'1 días desde la puesta en marcha de la UCEM.

DISCUSIÓN

No conocemos datos acerca de la existencia de Unidades de Estancia Corta dependientes de Servicios de Medicina Interna en Hospitales comarcales. Desde que se puso en marcha la Unidad, la estancia media global del Servicio de Medicina Interna disminuyó 1'1 días, cifra algo inferior a la observada en otras unidades similares. Es probable que influya el poco volumen de ingresos generados en un Hospital de nuestras características, aunque es probable que una mayor adecuación de los ingresos con el consiguiente mayor número de altas domiciliarias podrían mejorar esta cifra.

CONCLUSIONES

Las Unidades de Estancia Corta parecen constituir una alternativa válida y eficaz a la hospitalización convencional en Servicios de Medicina Interna, independientemente de la magnitud de los mismos.

G-07 ESTUDIO DE CASOS INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA MÉDICA DEPENDIENTE DE UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

M. Márquez García, A. González Amieva, J. Alcalá Pedrajas, L. Muñoz Rodríguez, J. García Sánchez

Unidad de Gestión Clínica de Atención Médica Integral. Hospital Valle de los Pedroches. Pozoblanco (Córdoba)

OBJETIVOS

Analizar las patologías de pacientes ingresados en una Unidad de Corta Estancia Médica (UCEM) dependiente del Servicio de Medicina Interna de nuestro hospital, así como su adecuación a protocolo.

MATERIAL Y MÉTODO

Se establecieron una serie de protocolos de las patologías potencialmente más prevalentes en otras unidades similares: Insuficiencia cardíaca, dolor torácico, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), AIT-ictus menor, hemorragia digestiva alta y neumonía-infección respiratoria. Se describen frecuencias de presentación y de adecuación a dichos protocolos.

RESULTADOS

En su primer año de funcionamiento las patologías más prevalentes fueron dolor torácico (12'3%), AIT-ictus menor (11'8%), y enfermedad tromboembólica venosa, EPOC y neumonías (todos el 8'8%). Un 40'8% de los ingresos correspondían a patologías para las que no había elaborado un protocolo previo, pero se tuvieron en cuenta los protocolos de otras unidades similares. El 79'9% de los pacientes fue dado de alta a su domicilio, y el resto precisó traslado a hospitalización convencional. Un 19'6% de los ingresos fue inadecuado, siendo en estos más frecuentes los pacientes trasladados a Hospitalización convencional ($p < 0'01$).

DISCUSIÓN

Los tres grandes grupos que suponen la mayor parte de los ingresos en otras unidades de estancia corta similares (patologías respiratorias y cardiológicas), en nuestro caso generaron menos del 50% de los ingresos. Creemos que una mejor selección por criterios de adecuación hubiera ofrecido porcentajes mayores. Además, las peculiaridades de los Servicio de Medicina Interna de hospitales comarcales, que asume casi la totalidad de toda la patología médica, condiciona la elevada proporción de otras patologías que no se reflejan en otras UCEM de MI como por ejemplo ictus, enfermedad comicial o enfermedad tromboembólica venosa. El porcentaje de pacientes que una vez ingresados en la UCEM necesitó reingresarse en la HC (16'7%) refleja de alguna manera el porcentaje de enfermos no solucionados por dicha unidad, porcentaje que parece superior a los publicados por otras unidades similares. Entre los enfermos trasladados a HC había de forma significativa una mayor proporción de enfermos inicialmente no adecuados al protocolo de ingreso.

CONCLUSIONES

Las patologías más prevalentes de nuestra UCEM son parecidas a las de otras unidades similares. Sería deseable una mejor adecuación a protocolo para optimizar la proporción de pacientes dados de alta.

G-08 PRESIÓN ASISTENCIAL EN URGENCIAS Y SU IMPACTO EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL ÁREA HOSPITALARIA VIRGEN MACARENA (AHVM)

M. Macías Barrera, L. Ibáñez Muñoz, E. Huaroc Roca, J. Bravo-Ferrer Acosta, M. Colmenero Camacho

Unidad de Gestión Clínica de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Regional Virgen Macarena. Sevilla

OBJETIVOS

El presente trabajo trata de analizar la influencia que tiene la presión asistencial sobre urgencias sobre la gestión de pacientes en el conjunto de servicios de AHVM, tomando como referencia el primer trimestre de 2011, analizando la eficiencia por servicios en la resolución de 6 categorías diagnósticas predefinidas y proponiendo un sistema de asignación de los pacientes en base a parámetros clínicos consensuados con el área de Urgencias.

MATERIAL Y MÉTODO

Utilizamos el Conjunto Mínimo Básico de Datos de AHVM de hospitalización de 2011 y la carga de trabajo total de dicho periodo. Se han incluido sólo los ingresos no quirúrgicos de las 6 categorías con mayor presión asistencial de urgencias no quirúrgicas en nuestra área, excluyendo los servicios de Pediatría, Obstetricia-Ginecología y Psiquiatría. Las 6 áreas diagnósticas son Sistema nervioso, Cardiocirculatorio, Respiratorio, Digestivo, Sistema hepatobiliar y pancreático e Infeccioso, seleccionando las unidades o servicios donde se concentra la demanda urgente de estas categorías diagnósticas (Cardiología, Neumología, Neurología, Infeccioso, Digestivo, Medicina Interna y Estancias Cortas). A continuación, se ha procedido a calcular los indicadores básicos de gestión así como aquellos otros derivados (ocupación cama/día) que tienen relevancia para el cálculo teórico de la carga de trabajo. Se estudia el comportamiento de los primeros GRD's por número de altas de cada categoría diagnóstica mayor (CDM) considerada de forma comparada entre los diferentes servicios o unidades en los que son atendidos estos pacientes, en orden a contemplar diferentes opciones posibles de redistribución de la casuística en función de la eficiencia relativa comparada con la que es resuelta por cada servicio o unidad.

RESULTADOS

Las CDM correspondientes a patología Hepato-biliar y pancreática y Cardiocirculatoria son ineficientes (IUE de 1,08 y 1,11 respectivamente). Entre los ingresos urgentes de ambas suponen una ocupación cama/día evitable de unas 8 camas. Desde la perspectiva de la ganancia teórica de eficiencia sobre camas con ocupación evitable, esta puede cifrarse en conjunto en 12-13 al día. Correspondiendo entre 5 y 6 a Medicina Interna y Cardiología y la restante a Digestivo. Actualmente, la mayor carga de trabajo por médico/cama/día corresponde a Medicina Interna que oscila entre 14,19 y 17.3 camas/día totales de las cuales entre 10,19 a 12.47 corresponden a estos ingresos urgentes considerados. La importancia de Medicina Interna en la resolución de esta casuística estudiada es fundamental, ya que congrega a más del 51 % del total de pacientes.

DISCUSIÓN

Proponemos, en base a criterios clínicos y de eficiencia en la resolución de los distintos CDM propuestos en el presente trabajo, un modelo de derivación de pacientes en los que diferenciamos 14 grupos de patología como los más frecuentes (paciente frágil o pluripatológico sin reagudizaciones, pancreatitis aguda, cólico biliar ± pancreatitis, hemorragia digestiva, ictus, deterioro o agudización de isquemias cerebrales crónicas, IAM, dolor torácico/ángor, insuficiencia cardíaca, arritmias cardíacas, exacerbaciones EPOC, insuficiencia respiratoria/cardíaca reagudizada, otras infecciones respiratorias y sepsis de origen varío), determinando cuáles deberían ser los destinos de estos pacientes en orden jerarquizado de eficiencia. Con estos cambios propuestos se podría reducir las cargas de trabajo en 2.6- camas/día en el servicio de Medicina Interna.

CONCLUSIONES

Es necesario un protocolo de gestión y derivación de pacientes desde el servicio de Urgencias para una adecuada distribución de carga de trabajo asistencial entre los distintos servicios en relación con las prestaciones disponibles, pudiendo conseguirse de este modo, una disminución de la estancia media y una mayor eficiencia.

G-09 CONSULTA DE DIAGNÓSTICO RÁPIDO (CDR) DE MEDICINA INTERNA COMO ALTERNATIVA AL INGRESO HOSPITALARIO

L. Ibáñez Muñoz, M. Macías Barrera, J. Bravo-Ferrer Acosta, E. Huaroc Roca, E. Peral Ceballos, A. Millán Rodríguez, M. Colmenero Camacho
Unidad de Gestión Clínica de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Regional Virgen Macarena. Sevilla

OBJETIVOS

En este estudio presentamos los datos de la actividad realizada en la Consulta de Diagnóstico Rápido (CDR) de nuestro hospital durante 2011, mostrándose como una opción alternativa a la hospitalización convencional, como lo es actualmente el Hospital de Día en muchos otros centros.

MATERIAL Y MÉTODO

La consulta está atendida durante 2 días a la semana por dos médicos internistas que forman parte de la UGC Medicina Interna. La finalidad principal de esta consulta es la atención en menos de 5 días a pacientes con patología que requiere diagnóstico y tratamiento sin demora, y cuyo estado permite su estudio ambulatorio. Los cuadros que pueden ser estudiados en

esta consulta, distribuidos por sistemas son los siguientes: -Medicina Interna: cuadros constitucionales, sospecha de enfermedad sistémica, fiebre de origen desconocido o prolongada, síndrome anémico, plaquetopenia, anasarca de origen desconocido, estudio de adenopatías persistentes -Digestivo: masas abdominales, visceromegalias, ictericia, ascitis no filiada, disfagia, trastornos del hábito intestinal, dolor abdominal.-Neumología: derrame pleural, nódulos pulmonares, sospecha de neoplasias, disnea, tos no filiada.-Cardiología: dolores torácicos, disnea.-Reumatología: artropatías.-Neurología: crisis comiciales de inicio, déficit neurológico subagudo, isquemia transitoria, cefalea. Los pacientes son derivados desde Área de Urgencias, Área de hospitalización, Atención Primaria (AP), otras consultas externas.

RESULTADOS

Se atendieron un total de 178 pacientes, con una media de edad de 54.26 años. Respecto a la procedencia de los pacientes, 112 (62.92%) provenían de AP, 49 (27.52%) desde Urgencias, 17 (9.55%) desde planta de Hospitalización. El tiempo promedio hasta la primera consulta fue de 72 horas. El número promedio de visitas por paciente fue de 1.7, no superando en ningún caso las 3 visitas. El 89.88% de los pacientes fue derivado al alta únicamente a revisiones en AP, siendo ingresados únicamente el 2.24%.

DISCUSIÓN

Se ha conseguido una disminución del tiempo de espera para la primera visita y, actualmente, no hay lista de espera y los pacientes son atendidos con una demora máxima de 5 días. En la presentación del trabajo se expondrán datos de estancia hospitalaria evitable.

CONCLUSIONES

La Consulta de Diagnóstico Rápido representa una forma asistencial aplicable en nuestro medio que consigue la misma eficacia y una mayor eficiencia que el ingreso hospitalario, siendo, actualmente, una alternativa válida al mismo en los casos expuestos anteriormente.

G-10 “DE GUARDIA” EN UN HOSPITAL

N. Marín Gámez, G. Parra García, G. López Lloret, S. Domingo Roa,
C. Maldonado Úbeda, P. Sánchez López, M. Esteban Moreno,
B. Hernández Sierra

Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Torrecárdenas. Almería

OBJETIVOS

Dar a conocer por adelantado los contenidos previsibles sistematizados de una guardia médica y hacer recomendaciones sobre la actitud más adecuada en este servicio dado la importante repercusión que estos aspectos netamente clínicos tienen en la formación y la vida profesional de cualquier médico y, de un modo muy especial, de los MIRs que empiezan.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo sobre datos obtenidos de un registro real, de base clínica, no administrativo, durante 4 años consecutivos (febrero 2008-febrero 2012), para “un internista medio” de un hospital público en el sureste español, andalucía, comunidad europea. El centro cuenta con 600 camas y es referencia potencial para una población de 700.000 habitantes. Su actividad es médico-quirúrgica, con unidad de medicina intensiva, neurocirugía, hemodinámica, cirugía vascular mayor, o salud mental y atiende a pacientes agudos y crónicos, madres y niños, población nativa e inmigrante las 24 horas al día, todos los días del año. Registramos los “actos” (en respuesta a “las llamadas sobre los enfermos”) de forma agrupada, que permitían una clasificación variable, pero asumiendo que la categoría principal la decidía el azar relacionado con la intervención independientemente del profesional de enfermería, y consideramos una categoría excluyente por llamada, pese a que en un enfermo caben, aún en el mismo acto, varias opciones. Tomamos valores proporcionales enteros (es decir, una aproximación al estadístico “p”) de los actos atribuidos concentrados en “año estandarizado” y evitamos expresiones numéricas decimales en inadecuada referencia a personas, fallecidos, o enfermos con síntomas relevantes y, ciertamente, una alta carga de sufrimiento, por respeto, y en tanto que estadístico “magro”, digamos, clínicamente significativo (tamaño muestral y proporción, n y %). Ésto ha supuesto renunciar a una precisión decimal $<0,2$., lo que a nuestro juicio es claramente negligible. Son guardias médicas truncales de presencia y en hospitalización; alternativamente las correspondientes a subespecialidades son mayoritariamente localizadas, con grado variable de cobertura mediante médicos residentes, y en todo caso $<100\%$. El autor principal tiene una experiencia superior a 26 años en guardias médicas y el resto son médicos residentes con hasta 5 años de formación.

RESULTADOS

Los resultados se refieren a una media de 35 guardias presenciales/año, de duración variable (17-24 horas continuadas); con 15 llamadas/sesión guardia y facultativo, es decir 525 asistencias/año, el 68% concentradas en la franja

horaria 19 hrs-08 hrs (lo que hemos dado en llamar “la guardia de la noche”). Un tercio de las mismas corresponden a días festivos. Distribución de la variable “categorías o motivos de llamadas” y actos clínicos durante una guardia: 1. Disnea (cardíaca y/o pulmonar) 152 llamadas (29%). 2. Dolor 111 llamadas (21%). 3. Delirium y alteraciones de conducta: 91 llamadas (17%). 4. Diabetes y problemas relacionados: 63 llamadas (12%). 5. Defunciones (incluye RCPs fallidas, sedación y trámites legales): 30 llamadas (6%). 6. Drogas (o medicamentos, e incluye reacciones adversas) 14 (3%)... 7. Fiebre (e infección en curso) 24 (5%). 8. Otros: Un variado “case-mix” captura el 7% restante: Hipertensión arterial, crisis comicial, ictus, infarto demiocardio, hemorragia digestiva “necesidad de saber” (información), quejas de familiares o pacientes, trámites administrativos, “dosis de bata blanca”..., y errores.

CONCLUSIONES

El dolor, junto a la dificultad para respirar, son sufrimiento humano tangible y capturan más del 50% de las asistencias durante la guardia. Un buen manejo de los analgésicos de elevado techo y de la oxigenación serán, pues, irrenunciables.

Insuficiencia Cardíaca (IC)

IC-03 INSUFICIENCIA CARDIACA CON FRACCIÓN DE EYECCIÓN PRESERVADA, ¿EXISTEN DIFERENCIAS EN FUNCIÓN DEL SERVICIO DE INGRESO?

J. Lebrón Ramos, M. Villena Ruiz, R. Quirós López, M. Núñez Rodríguez, D. Urdiales Castillo, A. Aguilar López, M. Martín Escalante, J. García Alegría
Servicio de Medicina Interna. Hospital Costa del Sol. Marbella (Málaga)

OBJETIVOS

Analizar las posibles diferencias entre los pacientes ingresados por primera vez por Insuficiencia Cardíaca con Fracción de Eyección Preservada en función de su estancia en servicios de Medicina Interna o Cardiología.

MATERIAL Y MÉTODO

Se incluyen pacientes con primer ingreso por Insuficiencia cardíaca (IC) con fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI)>50% en el periodo comprendido entre el 1 de Enero de 1997 y el 31 de Diciembre de 2001. Se analizan dos grupos, en función del ingreso en Medicina Interna (M.I) o Cardiología (C), con especial atención a variables demográficas, comorbilidad, terapéuticas y finalmente pronósticas. El tiempo de seguimiento máximo fue de 14 años.

RESULTADOS

Ingresan un total de 231 pacientes, de los cuales 130 lo hacen en el Servicio de Cardiología (56.3%). La edad media de los pacientes fue mayor en los ingresados en Medicina Interna (71.9 vs 67 años, $p<0.001$). En ambos grupos fue similar la proporción de mujeres ingresadas, el 58%. Entre las comorbilidades, la hipertensión arterial fue más prevalente en los ingresados en M.I (72.3% vs 57.7%, $p=0.02$), al igual que el EPOC (16.8% vs 6.2%, $p=0.01$) y la insuficiencia renal (56.4% vs 40.8%, $p=0.02$). No hubo diferencias entre grupos en la prevalencia de diabetes, dislipemia, cardiopatía isquémica, enfermedad cerebrovascular, fibrilación auricular e Ictus. La descompensación por infección respiratoria fue más frecuente en M.I (28.7% vs 10.8%, $p<0.001$), mientras que en Cardiología lo fue la cardiopatía isquémica (8.5% vs 2%, $p=0.04$) y la fibrilación auricular rápida (29.2% vs 13.9%, $p=0.007$). En el tratamiento, no hubo diferencias en el uso de diuréticos, antiagregación, IECAS, ARA-II, digital, calcioantagonistas y estatinas entre grupos. Sí fue mayor la proporción de pacientes que reciben beta-bloqueantes en Cardiología (54.6% vs 17.8%,

$p < 0.001$). Durante el tiempo de seguimiento (promedio 81.3 meses (IC 95%: 74.8-87.8)) los pacientes ingresados en M.I. reingresan 2.7 veces, frente a 2.08 en Cardiología, diferencias no significativas. Al finalizar el seguimiento, la mortalidad fue mayor en M.I (82.2% vs 56.2%, $p < 0.001$). La tabla 1 muestra las variables incluidas en el análisis multivariante ajustado por edad y género para el total de la muestra.

CONCLUSIONES

Los pacientes ingresados por IC con FEVI preservada en servicios de Medicina Interna son de mayor edad, con mayor prevalencia de hipertensión arterial e insuficiencia renal frente a los que ingresan en Cardiología. Los ingresos en Cardiología son en mayor proporción por descompensación provocada por fibrilación auricular y cardiopatía isquémica. En Medicina Interna el principal factor es la infección respiratoria. La principal diferencia en el tratamiento es el mayor uso de b-bloqueantes en Cardiología. La mortalidad a largo plazo es menor en los pacientes con primer ingreso en Cardiología.

Variables relacionadas con la mortalidad en Análisis multivariante (IC-03)

	Odds Ratio	IC 95%	p
Edad	1.01	1.00-1.03	0.03
Ingreso Cardiología	0.66	0.46-0.93	0.01
Diabetes	1.52	1.09-2.12	0.01
Insf. Renal	1.57	1.10-2.24	0.01
Tratamiento con B-bloqueantes	0.57	0.39-0.82	0.003
Tratamiento con estatinas	0.49	0.31-0.78	0.003

IC-04 FIBRILACIÓN AURICULAR EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA CON FRACCIÓN DE EYECCIÓN PRESERVADA, UNA FRECUENTE ASOCIACIÓN, ¿CON UN PEOR PRONÓSTICO?

M. Uribe Pérez, M. Villena Ruiz, R. Quirós López, D. Urdiales Castillo,
A. Aguilar López, A. Blázquez Puerta, J. García Alegría
Servicio de Medicina Interna. Hospital Costa del Sol. Marbella (Málaga)

OBJETIVOS

Analizar el pronóstico a largo plazo de la Insuficiencia Cardíaca (IC) con fracción de eyección de ventrículo izquierdo (FEVI) preservada en función de la presencia de fibrilación auricular.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio de cohortes retrospectivo con inclusión de pacientes con primer ingreso por IC con FEVI igual o mayor del 50%, en el periodo comprendido entre el 1 de Enero de 1997 y el 31 de Diciembre de 2001. Se analizan variables demográficas, comorbilidad, tratamiento y pronóstico a largo plazo, con un periodo máximo de seguimiento de 14 años.

RESULTADOS

Durante el periodo de estudio ingresaron 231 pacientes, de los cuales un 51,9% presentó FA (permanente en el 94,2% de los casos). En el conjunto de los pacientes con IC con FEVI preservada, la prevalencia de la FA fue superior a la diabetes mellitus (41,6%), cardiopatía isquémica (17,7%), insuficiencia renal (47,6%). En el análisis por grupos (FA vs ritmo sinusal), no hubo diferencias en la edad (68,6 vs 69,7 años, $p=0,49$) ni en el género (60% vs 56,8% género femenino, $p=0,68$). La dislipemia fue menos frecuente en el grupo FA (11,7% vs 28,8%, $p=0,02$), al igual que la cardiopatía isquémica (10,8% vs 25,2%, $p=0,006$). No se registraron diferencias entre grupos en la prevalencia de hipertensión arterial, diabetes, insuficiencia renal y EPOC. La disfunción valvular fue más frecuente en pacientes con FA (43,3% vs 31,5%, $p=0,07$). La tabla 1 muestra las principales diferencias en el tratamiento recibido. Finalmente, no hubo diferencias en el pronóstico a largo plazo entre grupos (seguimiento máximo 14 años, promedio 76.8 meses, IC 95%: 71.94--81.77), con una mortalidad del 63,3% en el grupo FA frente al 72,1% en ritmo sinusal, $p=0,16$.

CONCLUSIONES

Los pacientes con IC con FEVI preservada y fibrilación auricular presentan un perfil clínico similar a aquellos en ritmo sinusal. La fibrilación auricular no influye en el pronóstico a largo plazo de estos pacientes.

Tabla 1. Diferencias entre grupos en el tratamiento (IC-04)

	Grupo Fibrilación auricular	Grupo Ritmo sinusal	p
Diuréticos asa	97.5%	91.9%	0.07
IECAS	82.5%	79.3%	0.61
B-bloqueantes	33.1%	44.1%	0.10
Digoxina	78.3%	18%	0.001
Antocoagulación	77.5%	23.5%	0.001
Antiagregación	41.7%	70.3%	0.001
Ca-antagonistas	36.7%	49.5%	0.06

IC-06 PREDICTORES DE ESTANCIAS ANORMALMENTE PROLONGADAS EN INSUFICIENCIA CARDÍACA

L. Pérez Belmonte, V. Herrero García, M. Blanco Díaz, F. Zafra Sánchez, M. Platero Sánchez-Escribano, P. Medina Delgado, M. Loring Caffarena, M. Martínez Delgado

Servicio de Medicina Interna. Hospital Comarcal de la Axarquía. Torre del Mar-Vélez-Málaga (Málaga)

OBJETIVOS

Determinar los predictores de estancias anormalmente prolongadas en pacientes con insuficiencia cardíaca ingresados en nuestro servicio en los últimos 5 años.

MATERIAL Y MÉTODO

Análisis descriptivo transversal de 681 pacientes con insuficiencia cardíaca ingresados en nuestro servicio en el tiempo descrito, dividiéndolos en: grupo cuya estancia es superior al percentil 90 (Grupo de estancia anormalmente prolongada-GEAP) y el inferior al percentil 90 (Grupo de estancia no anormalmente prolongada-GENAP). Se han analizado variables demográficas, clínicas, ecocardiográficas y analíticas. Se realizó un análisis estadístico bivalente, comparando las variables cualitativas con el test de Chi² y las cuantitativas con el test de la t de Student.

RESULTADOS

El percentil 90 corresponde a 17 días de estancia. De los 681 pacientes incluidos, 75 tenían una estancia superior o igual a esto. No hubo diferencias en cuanto a la edad, con una mediana de 75 años ni en el género, con una presencia de varones algo superior al 60%. En cambio en el GEAP la presencia de extranjeros es mayor (26,7 vs 12,5%, $p < 0,01$). En este grupo la presencia de insuficiencia renal crónica (IRC) y anemia es mayor, 37,3 vs 25,9% ($p < 0,05$) y 11,48 vs 12,3gr/dl ($p < 0,01$). Las cifras tensionales al ingreso también se muestran diferentes siendo inferiores en el GEAP: sistólica, 123 vs 133mmHg ($p < 0,01$); diastólica, 67 vs 73mmHg ($p < 0,01$); y media, 86 vs 91mmHg ($p < 0,01$). Los datos ecocardiográficos y resto de factores clínicos no muestran diferencias significativas.

DISCUSIÓN

La insuficiencia cardíaca es un proceso de alta prevalencia que origina estancias prolongadas. Algunos factores, ya descritos en algunos estudios, como la IRC y la anemia se muestran como variables clínicas diferenciadores y determinantes de estancias anormalmente extensas. Las determinaciones tensionales al ingreso más bajas implican una estancia mayor, ya visto en algunos trabajos previamente y sobre todo se ha observado su relación con el incremento de la mortalidad.

CONCLUSIONES

Ante estos datos, es posible definir un perfil de comorbilidad y sociodemográfico que determine la probabilidad de tener un ingreso prolongado, teniendo en cuenta que no hay demasiados estudios que hayan estudiado esta situación.

IC-07 ADECUACIÓN DIAGNÓSTICA EN EL MANEJO DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA. ESTUDIO MULTICÉNTRICO PREDICE-GEN

B. Herrera¹, I. Martín¹, L. Gómez¹, F. Medrano¹, I. Marín¹, J. Guerra², A. Navarro³, M. Martín³

¹*Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla*

²*Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid*

³*Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Nuestra Señora de Valme. Sevilla*

OBJETIVOS

El objetivo del estudio fue determinar el grado de adecuación a los estándares de la práctica clínica de los procedimientos diagnósticos en pacientes hospitalizados en su primer episodio de insuficiencia cardiaca.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio observacional, analítico, multicéntrico de tipo cohorte histórica. Forma parte del estudio PREDICE-GEN (PREdicción Desenlaces Insuficiencia Cardiaca en España, según Género) (FIS 06-90243; PI-SAS 357-06; FIS 07/0945). La cohorte estaba formada por 600 pacientes que ingresaron por primera vez por IC, en los Hospitales Universitarios de Valme y Virgen del Rocío (Sevilla) y 12 de Octubre (Madrid), desde Enero del 2004 a Diciembre del 2008, seleccionados de forma aleatoria. Los indicadores de calidad utilizados se tomaron de la guía de práctica clínica de IC de la ACC/AHA 2005, según el diagnóstico fisiopatológico de cada paciente, excluyendo 73 pacientes en los que no era aplicable su uso (vida cama-sillón, metástasis o demencia). Se estudió la adecuación de la realización de ecocardiografía (indicada en todos los casos) y coronariografía (indicada solo en pacientes con miocardiopatía dilatada, cardiopatía isquémica, gammagrafía patológica y/o fracción de eyección deprimida). Como variables independientes se incluyeron edad, sexo del paciente, sexo del médico asistencial, servicio de ingreso, lugar de residencia y comorbilidad. Categorización de variables. Ecocardiografía: adecuada (realización de ecocardiografía o cateterismo), inadecuada (infrauso). Coronariografía: adecuada (no indicada y no realizada o indicada y realizada), inadecuada (sobreuso o infrauso). Se realizó un análisis bivariante y multivariante.

RESULTADOS

En relación a la ecocardiografía su uso fue adecuado en 392 pacientes (74.4%), e inadecuado por infrauso en 135 pacientes (25.6%). En el análisis bivariante se observaron diferencias significativas en la adecuación para todas las variables independientes, excepto para la comorbilidad ($p=0.081$). En el análisis multivariante las únicas variables que se asociaron de forma significativa a una mayor inadecuación fueron edad menor de 64 años y género de médico responsable varón. Respecto a la coronariografía su uso fue adecuado en 368 pacientes (69.8%) e inadecuado en 158 pacientes (30.2%, infrauso: 25% y sobreuso: 5.1%). Existieron diferencias significativas para el sexo, edad y servicio de ingreso. En el análisis por género, en el 62.2% de los hombres vs el 77.6% de las mujeres su uso fue adecuado ($p=0.001$), mostrando diferencias significativas en el grupo de pacientes mayores de 65 años, con menos de tres enfermedades asociadas, los ingresados en Medicina Interna, y los que residían en medio urbano y metropolitano. En el análisis multivariante la única variable que se asoció de forma significativa a una mayor inadecuación fue la variable paciente, categoría varón.

CONCLUSIONES

Globalmente la adecuación de pruebas para el diagnóstico de la insuficiencia cardiaca es baja, destacando un infrauso del 25% en la ecocardiografía. La adecuación de coronariografía es más alta en mujeres mayores, siendo el ingreso en Medicina Interna, el lugar de residencia y la comorbilidad factores de confusión

IC-08 INFLUENCIA DE LA INSUFICIENCIA RENAL EN EL PRONÓSTICO VITAL DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA TRAS SU DIAGNÓSTICO INICIAL

V. Núñez Rodríguez, M. Villena Ruiz, R. Quirós López, A. Blázquez Puerta, M. Uribe Pérez, J. Lebrón Ramos, T. Uribe Pérez, J. García Alegría
Servicio de Medicina Interna. Hospital Costa del Sol. Marbella (Málaga)

OBJETIVOS

Analizar el impacto pronóstico de la insuficiencia renal (IR) en pacientes con primer ingreso hospitalario por Insuficiencia Cardiaca (IC). Estudiar las características diferenciales entre los pacientes que presentan IR frente al resto.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio de cohortes retrospectivo, incluyéndose pacientes con primer ingreso por IC entre el 1 de Enero de 1997 y el 31 de Diciembre de 2001. Se analizarán

dos grupos, en función de la presencia de IR previa al ingreso. El diagnóstico de IR se establece por presencia de aclaramiento de creatinina previo al ingreso medido por la fórmula MDRD. Análisis de variables demográficas, comorbilidad, laboratorio, ecocardiograma, tratamiento y pronóstico de los pacientes, con un periodo de seguimiento máximo de 14 años.

RESULTADOS

Se incluyeron 400 pacientes durante el periodo de estudio, de los cuales 185 pacientes (46.3%) presentaban IR previa al ingreso. El 19% de estos pacientes tenían un MDRD >60ml/min, el 22.3% con MDRD entre 30% y 60% y finalmente un 5.0% menor del 30%. En el análisis por grupos, la edad fue mayor en el grupo IR (74.7 vs 62.2 años, $p=0.001$). No hubo diferencias en el género, con un % de mujeres del 48.6% en el grupo IR y del 57.2% en el grupo sin fallo renal previo. La hipertensión arterial fue más prevalente en el grupo de IR (64.9% vs 49.8%, $p=0.002$). No hubo diferencias en diabetes mellitus, dislipemia, fibrilación auricular ni EPOC. La presencia de cardiopatía isquémica previa fue mayor en el grupo IR (30.8% vs 16.7%, $p=0.001$). En el laboratorio, no hubo diferencias significativas en las cifras de creatinina entre grupos (1.4mgr/dl en ambos de promedio), pero sí en el nivel de MDRD, que fue menor en IR (46.2 vs 71.7, $p=0.001$). Los niveles de urea fueron superiores en el grupo IR (65.8 vs 54.7, $p=0.003$). No hubo diferencias en el porcentaje de pacientes con fracción de eyección del ventrículo izquierdo >50% (59.5% vs 56.3%, $p=0.54$). El uso de antiagregación fue mayor en el grupo IR (68.6% vs 51.6%, $p=0.001$), al igual que el uso de Ca-antagonistas (40% vs 27.4%, $p=0.01$). En cambio fue menor el uso de b-bloqueantes (41.6% vs 55.8%, $p=0.005$) y estatinas (16.8% vs 27.4%, $p=0.01$). Tras 14 años de seguimiento, la mortalidad fue mayor en el grupo de pacientes con IR (84.3% vs 61.4%).

CONCLUSIONES

La prevalencia de la IR en pacientes con IC aumenta con la edad y con la presencia de hipertensión arterial. Los niveles de creatinina infraestiman la presencia de IR en comparación con el cálculo del aclaramiento de creatinina. En los pacientes con IR previa el uso de b-bloqueantes es menor. La IR condiciona un peor pronóstico en los pacientes con IC desde su diagnóstico inicial.

Inflamación/ Enfermedades Autoinmunes (IF)

IF-03 SARCOIDOSIS CARDIACA (SARC): REVISIÓN EN UNA COHORTE DE 122 PACIENTES CON SARCOIDOSIS (SAR)

F. García Hernández¹, A. León Guisado¹, R. González León¹, A. Ortiz de Tena³, M. Serrano Gotarredonda², M. Baturone Castillo⁴, E. Chinchilla¹, M. Castillo Palma¹

¹Servicio de Medicina Interna (Grupo de Investigación CTS-279: Colagenosis),

³Servicio de Medicina Nuclear, ²Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla

⁴Reumatólogo. Clínica Santa Isabel. Sevilla

OBJETIVOS

Valorar la frecuencia de SARC en una serie de pacientes con SAR seguida en una Unidad de Enfermedades Sistémicas de un hospital de tercer nivel.

MATERIAL Y MÉTODO

Se analizaron los datos recogidos según protocolo preestablecido de 122 pacientes diagnosticados de SAR con especial atención a las manifestaciones cardíacas empleando, cuando se consideró justificado, valoración radiológica, electrocardiografía (EKG), ecocardiografía transtorácica (ECGTT), resonancia magnética cardíaca (RMC) o tomografía cardíaca con emisión de positrones (PETC).

RESULTADOS

Se comprobó participación cardíaca clínicamente significativa en 5 de 122 pacientes (4%): derrame pericárdico en 2 mujeres, episodios recidivantes de taquicardia ventricular (en el único hombre) y grave infiltración miocárdica en la tercera mujer. El 5º caso, fue el de una mujer con hipertensión arterial pulmonar (HAP) en la que coexistía una SAR, una esclerodermia, radioterapia torácica por cáncer de mama y trombosis en territorio de cava superior, por lo que es difícil discernir el papel exacto de la SAR en su HAP; falleció en la evolución de su HAP. El cuadro clínico fue leve en los otros tres primeros casos (no se encontraron alteraciones morfológicas ni funcionales miocárdicas en EKG-ECGTT y respondieron favorablemente a glucocorticoides sin nuevas recidivas) y de mayor gravedad en la paciente restante, de 38 años, que describimos en detalle: estaba en seguimiento desde 2000 tras esplenectomía (se diagnóstico de SAR ganglionar y hepatoesplénica). Se mantuvo sin tratamiento y asintomática hasta julio 2010: consulta por palpitaciones con EKG similar a los

previos (Q y T negativa en cara inferior). EKG de esfuerzo: detención precoz por extrasistolia ventricular politópica predominantemente un un mismo foco. Holter cardiaco: extrasistolia ventricular polimórfica. ECGTT: cavidades no dilatadas, engrosamiento infero-posterior, refringente, de 2,5 cm2, ligero retraso de contractilidad-discinesia de segmento basal de ventrículo derecho. RMC: ligera dilatación de ventrículo izquierdo (VI); adelgazamiento -acinesia en septum medio-ápex; FEVI 49%; en secuencias tardías se aprecia gadolinio intramiocárdico en septum medial y ápex. Ventriculografía de reposo: FEVI 48%, con disfunción diastólica-hipoquinesia inferoseptal e inferior. PETC: distribución irregular de la FDG, con captación intensa infero-posterior. Estudio de perfusión miocárdica negativo. Por sospecha de SARC y persistencia de palpitaciones y dolor torácico se trata con bolos (3 días) de 1g de metilprednisolona seguidos de deflazacor 60 mg/24h y seis bolos mensuales de ciclofosfamida (CF) de 750 mg. Actualmente se encuentra asintomática y en las pruebas de control se observa una mejoría anatómica y funcional significativa aunque persiste una zona de fibrosis en cara inferior.

DISCUSIÓN

La SARC (más frecuente en mujeres en su 4ª década) representa el 5-10% de casos de SAR; sólo el 5% presenta síntomas. Las arritmias y la disfunción de VI son orientadoras. Puede manifestarse como bloqueo cardíaco completo, arritmias ventriculares, insuficiencia cardíaca, derrame pericárdico, HAP y aneurismas ventriculares. La RMC con contraste de gadolinio y la PETC suponen un gran avance para el diagnóstico y evaluación pronóstica. El diagnóstico de SARC constituye indicación para tratamiento precoz con glucocorticoides e inmunosupresores (dado el elevado riesgo, comprobado, de muerte súbita).

CONCLUSIONES

La SARC, complicación infrecuente de la SAR, es un proceso potencialmente grave pero con altas posibilidades de respuesta al tratamiento.

IF-04 ALTERACIONES ECOCARDIOGRÁFICAS EN UNA SERIE DE PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

A. León Guisado¹, R. González León¹, E. Montero Mateos¹, J. López Haldón², M. Artero González¹, C. Ocaña Medina¹, F. García Hernández¹, M. Castillo Palma¹

¹Servicio de Medicina Interna (Grupo de Investigación CTS-279: Colagenosis,

²Servicio de Cardiología. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla

OBJETIVOS

Describir la prevalencia y tipos de alteraciones ecocardiográficas en una serie de pacientes diagnosticados de lupus eritematoso sistémico (LES).

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo basado en la valoración de los ecocardiogramas realizados en una cohorte de pacientes diagnosticados de LES (criterios ARA) y controlados en una Unidad especializada en enfermedades sistémicas autoinmunes de un hospital andaluz de tercer nivel.

RESULTADOS

Se valoró a 387 pacientes, en su mayoría dentro de un programa sistemático de cribaje de hipertensión pulmonar. Se encontraron alteraciones ecocardiográficas en 125 pacientes (37,3%): 1.- Valvulopatía mitral en 38 (9.8%) con insuficiencia en 35 (9%, ligera en 27 -77.1%- y moderada en 8 -22.9%-) y estenosis en 3 (0.8%, ligera en 1 -33.3%- y moderada en 2 -66.7%-). 2.- Valvulopatía aórtica en 30 (7.7%) con insuficiencia en 21 (5.4%, ligera 15 -71.5%-, moderada en 5 -23.8%- y grave en 1 -4.7%-) y estenosis en 9 (2.3%, ligera en 4 -44.4%- y moderada en 5 -55.6%-). 3.- Insuficiencia tricuspídea en 37 pacientes (9.5%, ligera en 32, moderada en 3 y grave en 2). La insuficiencia tricuspídea se asoció a presión arterial pulmonar sistólica elevada sólo en 19 casos (2,6 %). 4.- Disfunción diastólica de ventrículo izquierdo (VI) en 27 (7%), ligera en todos. 5.- Derrame pericárdico en 19 (4.9%), ligero en 16 (84.2%) y moderado en 3 (15.8%). 6.- Otras alteraciones menos frecuentes: dilatación auricular en 7 (1.8%, izquierda en 6 -85.7%- y derecha en 1 -14.3%-), aneurisma del septum interauricular en 4 (1%), hipertrofia de (VI) en 3 (0.8%), disfunción sistólica del VI en 2 (0.5%), prolapso de la válvula mitral en 1 (0.2%) y alteraciones de la contractilidad segmentaria compatibles con miocardiopatía isquémica en 1.

DISCUSIÓN

Se trata de un estudio transversal, no una evaluación evolutiva, de una serie de pacientes con LES con motivo de cribaje de hipertensión pulmonar. La frecuencia observada de alteraciones ecocardiográficas (37,3 %) es inferior a la publicada en otras series (en las que oscila entre un 40 y 55 %). Coincidimos con otros autores en una mayor frecuencia relativa de alteraciones valvulares. En cuanto a la afectación pericárdica, la baja frecuencia observada (4,9%) se debe, como ya hemos expresado, a que la mayoría de los pacientes valorados estaban en fase inactiva o poco activa de su enfermedad (en la valoración global de nuestra serie de 854 pacientes con LES, la frecuencia observada de pericarditis, en cualquier momento de la evolución, fue de alrededor del 20%, en el rango bajo de lo publicado: 20-40 %).

CONCLUSIONES

El estudio ecocardiográfico sistemático permitió detectar una prevalencia elevada de alteraciones entre pacientes con LES. 2.- La alteración más frecuente fue la disfunción valvular, tanto del lado izquierdo como tricuspídea.

IF-05 HALLAZGOS ECOCARDIOGRÁFICOS EN PACIENTES CON ESCLEROSIS SISTÉMICA

I. Porras Antrás¹, R. González León¹, A. León Guisado¹, F. López Pardo²,
M. Artero González¹, C. Ocaña Medina¹, F. García Hernández¹,
M. Castillo Palma¹

¹Servicio de Medicina Interna (Grupo de Investigación CTS-279: Colagenosis),

²Servicio de Cardiología. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla

OBJETIVOS

Describir la prevalencia y tipos de alteraciones ecocardiográficas en una serie de pacientes diagnosticados de esclerosis sistémica (ES)

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo basado en la valoración de los ecocardiogramas (ECG) realizados en una cohorte de pacientes diagnosticados de esclerodermia (criterios de Le Roy-Medsger, de 2001) y controlados en una Unidad especializada en enfermedades sistémicas autoinmunes de un hospital andaluz de tercer nivel

RESULTADOS

Se valoró a 149 pacientes, en su mayoría dentro de un programa sistemático de cribaje de hipertensión pulmonar. Se encontraron alteraciones en 112 (75,1%): 1) Insuficiencia tricuspídea en 75 (50,3%, ligera en el 86'6%), con elevación de la presión arterial pulmonar sistólica en 43 (57,3%) y dilatación de cavidades derechas en 11 (14,7%). 2) Hipertrofia de ventrículo izquierdo en 40 pacientes (26'8%, ligera en 36 -90%- y moderada en 4 -10%). 3) Disfunción diastólica en 36 pacientes (24'2%), ligera en todos menos 1.3). 4) Valvulopatía aórtica en 22 pacientes (14'8%) con insuficiencia en 18 (12'1%, ligera 16 -88'9%- y moderada en 2 -11'1%-) y estenosis en 4 (2'7%, ligera en todos). 5) Valvulopatía mitral en 19 pacientes (12'7%) con insuficiencia en 18 (12'1%, ligera en 15 -83'3%- y moderada en 3 -16'7%-) y estenosis en 1 (0'6%). 6) Derrame pericárdico en 9 pacientes (6%), ligero en 8 (88'9%) y moderado en 1. 7) Otras alteraciones: dilatación de aurícula izquierda en 15 pacientes (10'1%), disfunción sistólica del VI en 1 (0'7%).

DISCUSIÓN

Discusión. Los estudios ecocardiográficos en pacientes con esclerodermia se han centrado en la detección de alteraciones de la función sistólica y diastólica y el cribaje de hipertensión pulmonar (HP) y han puesto de manifiesto su alta prevalencia. En el trabajo que se presenta también se detecta una prevalencia elevada de alteraciones valvulares y derrame pericárdico.

CONCLUSIONES

Mediante estudio ecocardiográfico sistemático, se encontró una prevalencia muy elevada de alteraciones entre pacientes con esclerodermia. 2) La alteración más frecuente fue la disfunción valvular, sobre todo tricuspídea, con o sin elevación subyacente de la presión arterial pulmonar. 3) Elevada prevalencia de disfunción diastólica y otros datos frecuentemente asociados, como hipertrofia del ventrículo izquierdo y dilatación de la aurícula izquierda.

IF-07 SISTEMA MELATONINÉRGICO EN CÉLULAS MONONUCLEARES DE SANGRE PERIFÉRICA EN LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO: RELACIÓN CON ACTIVIDAD INFLAMATORIA.

A. León Guisado¹, P. Medrano Campillo², R. González León¹,
F. García Hernández¹, M. Artero González¹, E. Montero Mateos¹,
C. Ocaña Medina¹, M. Castillo Palma¹

¹Servicio de Medicina Interna (Grupo de Investigación CTS-279: Colagenosis),

²Servicio de Bioquímica Clínica. Instituto de Biomedicina. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla

OBJETIVOS

Valorar los procesos de biosíntesis de la melatonina y sus receptores en células mononucleares de sangre periférica (CMSP), así como sus implicaciones en la respuesta inflamatoria de pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES), mediante el análisis de la expresión génica de citoquinas efectoras.

MATERIAL Y MÉTODO

Analizamos la expresión génica de la Hidroxiindol-O- metiltransferasa (HIOMT), receptores de membrana de melatonina de tipo 2 (MT2) y la correlación HIOMT/IFN- gamma en CMSP de 34 pacientes con LES y 10 controles, mediante RT-PCR a tiempo real, usando como detector de fluorescencia al agente intercalante inespecífico Sybrgreen® y el equipo de PCR a tiempo real LighCycler® 480, Roche.

RESULTADOS

Disminución significativa del 50% en la expresión de la HIOMT(0,5054 RI:0,1714- 0,8153), así como un aumento en la expresión de los MT2 (1,584; RI:0,7380-3,318) de pacientes con respecto a los controles., estos resultados sugieren síntesis de melatonina en las células T y su acción podría ser distinta en los pacientes con LES. Además se comprueba un aumento significativo en la expresión de IFN-gamma en CMSP en pacientes con LES(2,151 RI:0,8162-6,624), y una importante correlación inversa entre la expresión de IFN- gamma y la de HIOMT de pacientes con LES con respecto a los controles.

DISCUSIÓN

La disminución de la expresión de la HIOMT y el aumento en la expresión de los MT2 en pacientes con respecto a los controles sugiere la síntesis de melatonina en las células T y su acción podría ser distinta en ambas poblaciones.

CONCLUSIONES

La relación entre una menor expresión de HIOMT y una mayor expresión de MT2 en las CMSP de pacientes con LES, podría explicarse como un efecto regulador (feedback positivo) que ocurre en las CMSP para compensar la disminución en la síntesis de melatonina endógena. Además, la correlación inversa entre la HIOMT e IFN- gamma en los pacientes con LES, apoya el papel de la melatonina sintetizada por las CMSP sobre la regulación de la respuesta inflamatoria inducida por IFN-gamma.

IF-08 EXPRESIÓN DE MICRORNAS. PATRÓN OBSERVADO EN CÉLULAS CD19 DE PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

A. León Guisado¹, R. Martínez Ramos², R. González León¹, F. García Hernández¹, C. Ocaña Medina¹, C. González Pulido¹, M. Artero González¹, M. Castillo Palma¹
¹Grupo de investigación CTS "Colagenosis". Servicio de Medicina Interna,
²Servicio de Inmunología. Instituto Biomedicina de Sevilla (IBIS). Hospital Virgen del Rocío. Sevilla

OBJETIVOS

Determinar el patrón de expresión de microRNA en células B CD19+ de sangre periférica en pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES).

MATERIAL Y MÉTODO

I.- SCREENING: El cDNA se sintetizó con sistema Multiplex RT y el análisis de expresión se realizó mediante Real-Time PCR con las tarjetas microfluídicas TaqMan® Low Density Array A Human MicroRNA Panel v2.0 que incluyen

384 miRNA. El análisis estadístico se realizó con Test Wilcoxon (StatMainer® software). Como controles internos se utilizaron RNU44 y U6. Se utilizaron 12 muestras: 7 pts con LES asintomáticos y 5 controles sanos. Las células BCD19+ se aislaron partir de sangre periférica mediante micropartículas magnéticas conjugadas con anti-CD19 RNA (miRNeasy Mini Kit): RNAm y RNA < 200 nucleótido (Tabla 1) 2.- VALIDACIÓN: mediante qRT-PCR de mirRNA 10 a, mirRNA 31 y mirRNA 345. Control interno MammU6; Análisis estadístico con Test Mann Whitney (Grabad QuickCalcs). Se utilizaron 83 muestras; 46 pacientes LES (de SLEDAI<4) y 37 controles sanos

RESULTADOS

Se observaron diferencias significativas en la expresión de los microRNAs miR-345, miR-346, miR-501-3p, miR-10a y miR-31 entre pacientes con LES y controles sanos (Tabla 2).

DISCUSIÓN

El perfil de expresión diferente de miRNA en células CD19 entre pacientes y controles, permite especular el papel potencial de los mi-RNA como biomarcadores y elementos patogénicos del LES y abre una nueva vía de investigación en dianas terapéuticas.

CONCLUSIONES

1.- Las células CD19+ en pacientes con LES presentan un perfil de expresión de miRNA diferente frente a controles. 2.- En pacientes con LES existe una menor expresión de miR-10a y miR-345 en comparación con los controles.

Tabla 1. LES vs CONTROL (IF-08)

miRNA	P. Value	Mediana DCt		DDCt
		Controles	Pacientes	
miR-345	0.036	10.05	11.31	1.98
miR-31	0.083	7.82	13.60	5.74
miR-10a	0.083	12.06	16.70	4.44

Tabla 2. Expresión de los microRNAs entre pacientes con LES y controles sanos (IF-08)

		Control	LES
miR-31	N	27	18
	Mediana	6.36	10.27
	P	0.3025	
miR-10a	N	22	28
	Mediana	1.275	17.95
	P	<0.0001	
miR-345	N	37	35
	Mediana	1.7	28.42
	P	<0.0001	

IF-09 VASCULITIS ANCA+: DESCRIPCIÓN DE LOS CASOS EN UNA CONSULTA DE ENFERMEDADES SISTÉMICAS

E. Ortiz López¹, S. Quattrino¹, M. Castillo Paredes², I. Martín Suárez¹

¹Unidad de Enfermedades Autoinmunes. Servicio de Medicina Interna,

²Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias. Área Hospitalaria Juan Ramón Jiménez. Huelva

OBJETIVOS

Estudio descriptivo retrospectivo de las vasculitis ANCA+ en seguimiento en nuestra unidad de enfermedades sistémicas desde 1998 hasta hoy.

MATERIAL Y MÉTODO

Revisión sistemática de historias clínicas de nuestra consulta.

RESULTADOS

Los casos revisados fueron 12, con 7 mujeres y 5 varones y una edad media de debut de la enfermedad de 52 años. Cuatro pacientes desarrollaron una vasculitis tipo Churg-Strauss, el 100% con afectación neurológica periférica, el 75% con afectación de vías respiratorias altas y el 30% afectación cutánea y articular. Cuatro de los cinco casos recogidos de poliangeítis microscópica (PAN) debutaron como síndrome neuromorenal. Tres pacientes con vasculitis de Wegener presentaron afectación de la vía aérea y uno debutó como síndrome neuromorenal. Todos los síndromes de Wegener resultaron ser c-ANCA positivos, mientras que solo en uno de los casos de Churg-Strauss se detectó positividad a los p-ANCA. El 90% de los pacientes con PAN se objetivaron p-ANCA +. El

tratamiento de inducción incluyó corticoides en todos los pacientes y en los casos de afectación renal y/o pulmonar se asoció ciclofosfamida en bolos mensuales. En un paciente se utilizó la asociación de corticoides y metotrexate por la afectación articular. En los pacientes con Churg-Strauss hubo dos recaídas, a los 3 y a los 8 años, con clínica articular, cutánea y neurológica en un caso y cutánea y articular en el otro. En ambos casos se emplearon corticoides y en el caso de afectación neurológica se asoció micofenolato con buena respuesta. En los casos de PAN hubo un solo episodio de recaída a los 6 meses que preció ciclofosfamida por la afectación renal. Dos pacientes con Wegener presentaron recaída a los 8 meses y a los 9 años respectivamente. En ambos se emplearon esteroides y micofenolato por la afectación pulmonar. En uno la respuesta fue parcial, asociando metotrexate como tercer fármaco, con respuesta favorable. El tratamiento de mantenimiento de los pacientes que presentaron recaídas, se realizó con esteroides a bajas dosis y micofenolato en 3 de los 5 pacientes con buena respuesta. En un caso se mantuvo la asociación micofenolato/metotrexate/esteroides y en otro caso se mantuvieron solo los corticoides a bajas dosis. El tratamiento de mantenimiento del resto de los pacientes que no presentaron recaídas se realizó solo con esteroides a bajas dosis en un tercio de los casos y con esteroides a bajas dosis asociados a micofenolato en otro tercio. Se mantuvo la asociación esteroides/metotrexate en un caso y esteroides/azatioprina en otro. Actualmente todos los pacientes se encuentran en situación de remisión, con buena respuesta a los tratamientos. Hubo un exitus por motivos no relacionados con la vasculitis (PAN).

DISCUSIÓN

La serie de casos que hemos presentado refleja un tipo de epidemiología, clínica y tratamientos, concordante con los casos recogidos en la literatura. El outcome a los 5-10 años ha sido favorable en mas del 90% de los pacientes.

CONCLUSIONES

Las vasculitis ANCA+ son entidades pocos frecuentes pero muy importantes desde el punto de vista del impacto sobre la mortimorbilidad de los pacientes. Es muy importante realizar un seguimiento estrecho y un tratamiento adecuado, ya que la detección precoz de las recaídas y el uso de los fármacos mas apropiados mejora dichos indicadores.

IF-11 VALORACIÓN DE LA ATENCIÓN SANITARIA DE PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO EN UN CENTRO HOSPITALARIO DE REFERENCIA

M. Ayala Gutiérrez¹, J. Villar Jiménez², D. Narankiewicz¹, V. Buonaiuto¹,
I. Pérez de Pedro¹, M. Camps García¹, E. De Ramón Garrido¹

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital General. Málaga

²Servicio de Medicina Interna. Hospital de Antequera (Málaga)

OBJETIVOS

Describir el grado de satisfacción con la atención sanitaria de un grupo de pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico (LES) atendidos en una consulta especializada de un centro hospitalario de referencia.

MATERIAL Y MÉTODO

Corte transversal de una cohorte de 89 pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico (LES) con al menos 1 año de seguimiento y que cumplían al menos 4 de los 11 criterios revisados de la ACR. Procedieron a la cumplimentación de una encuesta (con preguntas incluidas en tres dimensiones: facilidad de acceso a los cuidados; cuidados proporcionados por el médico; cobertura del sistema sanitario) en la antesala de la consulta externa (antes o después de ésta). Se les hizo advertencia expresa sobre el anonimato y la necesidad de objetividad en las respuestas. Se recogieron datos sobre las características sociodemográficas, clínicas, analíticas, de tratamiento e índices globales de actividad de la enfermedad. Se hizo también una comparación una muestra de 81 pacientes afectos de otras enfermedades autoinmunes sistémicas (EAS) atendidos en la misma consulta, con al menos 1 año de seguimiento y una pequeña muestra de 20 pacientes oncológicos.

RESULTADOS

Entre los pacientes con LES, 88% eran mujeres y 94% de raza caucásica. La edad media de comienzo de la enfermedad fue de 31.2±11.7 años, la edad en el momento del estudio de 43.4±16.2 años y el tiempo de evolución de la enfermedad de 136.8±99.5 meses. No hubo diferencias en el grado de satisfacción mostrado por los sujetos del estudio según su EAS. La prueba test-retest mostró reproducibilidad de la escala de medición. Los coeficientes alfa de Cronbach oscilaron entre 0.60 y 0.75, con 0.80 para la escala global. En el análisis factorial exploratorio se obtuvieron tres factores que explicaban el 47.3% de la varianza. Por otra parte, aproximándonos más al criterio de Kaiser (elección de factores con autovalores > 1) y añadiendo un sexto factor con autovalor de 0.96, la varianza

explicada fue del 66,4%. De esta forma se obtenían 6 dimensiones: Primera dimensión: transmisión recíproca de información entre el paciente y su médico. Comunicación e información. Segunda dimensión: diligencia y exhaustividad en la atención del paciente. Los cuatro primeros ítemes corresponden más al sistema y el último al médico. Tercera dimensión: posibilidad de contactar con mi médico u otro del equipo. Accesibilidad y Disponibilidad. Cuarta dimensión: capacidad técnica y buena voluntad de mi médico para proporcionarme el mejor tratamiento. Atención eficiente. Quinta dimensión: tiempo de acceso a la consulta. Comodidad. Sexta dimensión: participación del paciente en la toma de decisiones sobre tratamiento. La variable, mi médico me permita participar en decisiones sobre tratamiento, constituye una única dimensión, luego se trata de un concepto diferente sobre lo que quiere el paciente.

CONCLUSIONES

La satisfacción de los pacientes con LES y otras EAS con la atención recibida en nuestra unidad especializada muestra un moderado desequilibrio entre expectativas y percepciones, sobre todo en la dimensión cobertura del sistema sanitario. Los pacientes están más satisfechos con la accesibilidad a la consulta y la atención que les proporciona su médico. La extracción factorial siguiendo el criterio de Kaiser de incluir factores con autovalores mayores de la unidad (con la salvedad de un sexto factor con un autovalor de 0.96), permitió establecer algunos factores de segundo orden, especialmente en la dimensión “cuidados proporcionados por el médico”, como por ejemplo, transmisión de información entre el médico y el paciente, capacidad técnica y buena voluntad de mi médico para proporcionarme el mejor tratamiento y, por último, participación del paciente en la toma de decisiones sobre tratamiento. Por último, como medida del resultado de la atención sanitaria, esta investigación debe hacernos reflexionar sobre las mejoras que pueden introducirse en el cuidado de los pacientes con LES y EAS.

IF-13 ANÁLISIS DESCRIPTIVO Y MANEJO DE PACIENTES CON TROMBOSIS OCULAR EN UNA CONSULTA DE ENFERMEDADES SISTÉMICAS DEL HOSPITAL JUAN RAMÓN JIMÉNEZ

H. Cachay Osorio, I. Ballesteros Chávez, I. Martín Suárez

Unidad de Enfermedades Sistémicas. Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva

OBJETIVOS

Conocer el perfil clínico de los pacientes con trombosis ocular de origen arterial y/o venoso, con especial atención a los estados de hipercoagulabilidad como factor de riesgo principal para el desarrollo de esta entidad. Así como conocer las complicaciones, manejo y recurrencias en este grupo de pacientes.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio transversal descriptivo de una serie de casos. Se estudiaron retrospectivamente mediante revisión de historias clínicas a todos los pacientes que presentaron trombosis ocular arterial y/o venosa, quienes realizan seguimiento en una consulta de enfermedades sistémicas. Se estudiaron tablas de frecuencia en las variables cualitativas y la media y la mediana en la cuantitativas.

RESULTADOS

Se encontraron un total de 18 pacientes Sin embargo, el estudio sólo se llevó a cabo con 16 pacientes porque en el resto faltaba información relevante. La edad media fue de 60.81 años (\pm 27) con un 26.6% de mujeres. Los datos más importantes del perfil clínico fueron los factores de riesgo en relación con trombosis oculares: fumador (26,6%), bebedor (6.25%), HTA(68.75%), dislipemia (31.25%), neoplasia (18.75%), toma de anticonceptivos orales (12.5%), ningún factor asociado (12.5%). Del total de pacientes el (43.75%) presentaron una enfermedad sistémica asociada. Dentro de las manifestaciones iniciales la pérdida brusca de la visión (62.5%) fue la mas frecuente. Los resultados del estudio de fondo de ojo mostraron: trombosis venosa de la retina (81.25%), trombosis de la arteria central de la retina (12.5%), trombosis arteriovenosa (6.25%), Dentro del estudio de hipercoagulabilidad (congénito) encontramos: Homocisteinemia (50%), Anticoagulante lúpico (43.75%), Antitrombina III (6.25%), anti-B2 glicoproteína (6.25%). Del total de pacientes con Homocisteinemia el (32.5%) presentó la Mutación de metil-tetrahidrofolato-reductasa (MTHFR) con valores (mediana): 14 (10-30-18.7), siendo el 60% de tipo homocigota. El tratamiento de mantenimiento se realizó con sintrom (31.5%), aspirina (43.75%) como monoterapia, tratamiento combinado (18.75%), ácido fólico en el (100%) de pacientes con Homocisteinemia. Durante el seguimiento se evidenciaron complicaciones en el (62.5%): Edema macular (60%), glaucoma neovascular (20%), atrofia óptica y retiniana (10%). El (60 %) recibió bevacizumab como tratamiento de rescate. La recuperación absoluta se evidenció en el 25% del total de pacientes. El número de eventos secundarios fue del (25%) a pesar de tratamiento óptimo.

DISCUSIÓN

El gran espectro de trastornos oftalmológicos secundarios a hipercoagulabilidad se deben a la confluencia de factores congénitos y adquiridos. Es de gran importancia la identificación de dichos factores para la intensificación de tratamiento y prevención de eventos; sin embargo en nuestro medio no se realizan dichos estudios de forma rutinaria, lo cual limita el manejo.

CONCLUSIONES

Nuestro estudio muestra que la trombosis ocular es una interacción de fenómenos y factores de riesgo que si probablemente fueran detectados de forma temprana, y recibiendo una mínima intervención primaria se reducirían el número de eventos y complicaciones secundarias, con disminución importante de la morbilidad.

Riesgo Vascular (RV)

RV-01 EVALUACIÓN DEL PROTOCOLO DE INSULINIZACIÓN HOSPITALARIA EN UN HOSPITAL COMARCAL

C. González Becerra¹, A. Vergara Díaz¹, M. Gómez Hernández¹, M. Blanco Torró²,
C. Pereira Delgado¹, P. Gómez Rodríguez²,
M. Chameca Contioso²

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital San Juan de Dios de El Aljarafe. Sevilla

OBJETIVOS

En nuestro centro se ha elaborado e implantado a finales del 2010 un protocolo de insulinización hospitalaria basándonos en las recomendaciones de la Sociedad Andaluza de Endocrinología y Nutrición. El objetivo de nuestro estudio es evaluar la cumplimentación del protocolo de insulinización hospitalaria en nuestro centro, un año después de su implantación y difusión

MATERIAL Y MÉTODO

Se seleccionaron de manera aleatoria un total de 122 pacientes hospitalizados con prescripción de insulino terapia, a través de la prescripción farmacéutica (con la colaboración del Servicio de farmacia) y con cortes mensuales durante el año 2011. Fueron excluidos del análisis los pacientes con estancia hospitalaria menor de 24 horas, pacientes que fueron exitus durante el ingreso y pacientes con una única cifra de glucemia elevada, no confirmada posteriormente. Se realizó un estudio descriptivo mediante revisión de las historias clínicas analizando variables como la edad, sexo, servicio en el que estaban ingresados, cifras de glucemia basal, controles de glucemia capilar AD, AA, AC y al acostarse, niveles de Hb A1C (solicitadas en el ingreso o a nivel ambulatorio o de consultas en los 3 meses previos), peso, cifras de TA, tratamiento domiciliario previo, y prescripción de tratamiento hospitalario y si se adecuaba al protocolo.

RESULTADOS

De la muestra de 122 pacientes, la mayoría se encontraban hospitalizados en el área médica 104 (85,25%), seguido de Cirugía 9 (7,37%), 4 (3,28%) Urgencias, 2 (1,64%) en Traumatología y en Urología respectivamente y 1 (0,81%) en ORL. De ellos el 68 (55,74%) eran mujeres y 54 (44,26%) varones con edad media de 75 años y sin diferencias entre sexos por edad La determinación de Hb A1c se solicitaron en la mitad de los casos (50%) siendo las cifras medias de 7,69% [rango 5,6-11,9%] Las cifras de TA dentro de la valoración global del riesgo

vascular sí fue realizada en todos los pacientes diabéticos, siendo la media de PA de 132,39 mm Hg de TAS y 71,34 mm Hg de TAD El peso sólo se recogió en un paciente. La mayoría de los pacientes tenía prescrita durante la hospitalización una pauta de insulino terapia intensiva 106 (86,88%), con uso mayoritario de insulina glargina como basal (87,73%), sobre detemir (8,49%). La pauta se consideró incompleta por faltar el componente de correctora en un 3,77% de los casos. En cuatro pacientes analizados (3,28%) solo había pauta de insulina rápida con pauta correctora, de los cuales uno de ellos pertenecía al área de Urgencias, estando el resto hospitalizado. Un 5,74% tenían prescrita insulina basal sin bolos prandiales ni pauta correctora, un 1,64% una pauta bifásica, un 0,81% tenía prescrito ADOS, un 0,81% insulina basal + correctora sin bolus y un 0,81% no tenía prescrita ninguna pauta.

CONCLUSIONES

La adecuación de la cumplimentación del protocolo fue alta del 84,42% sin encontrar diferencias entre servicios, aunque en un alto porcentaje la prescripción de insulino terapia en pacientes quirúrgicos estaba realizada por un facultativo del área médica. Sólo en Urgencias se continúan usando pautas de insulina regular para pacientes en los que se presume estancia hospitalaria menor de 24 h. El análogo basal más utilizado fue la Insulina glargina Para el cálculo de la dosis de insulina no hemos usado el peso (recogido sólo en un paciente) ni tampoco hemos valorado hasta en la mitad de los casos el grado de control metabólico previo a través de la Hb A1C

RV-02 VALORACIÓN DEL GRADO DE CONTROL GLUCÉMICO E HIPOGLUCEMIAS TRAS LA IMPLANTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE INSULINIZACIÓN HOSPITALARIA

M. Gómez Hernández¹, A. Vergara Díaz¹, C. González Becerra¹, M. Blanco Torró², M. Chameca Contioso², P. Gómez Rodríguez², C. Pereira Delgado¹

¹Servicio de Medicina Interna,

²Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital San Juan De Dios de El Aljarafe. Sevilla

OBJETIVOS

En nuestro centro, en el año 2010 ha sido elaborado un protocolo de insulino terapia hospitalaria basándonos en las recomendaciones de la Sociedad Andaluza de Endocrinología y Nutrición. El objetivo de nuestro estudio ha sido evaluar si la implantación de este protocolo, ha derivado en un mejor control glucémico sin incremento de la tasa de hipoglucemia.

MATERIAL Y MÉTODO

Se seleccionaron de manera aleatoria un total de 122 pacientes hospitalizados con prescripción de insulino terapia, a través de la prescripción farmacéutica (con la colaboración del Servicio de farmacia) y con cortes mensuales durante el año 2011. Fueron excluidos del análisis los pacientes con estancia hospitalaria menor de 24 horas, pacientes que fueron exitus durante el ingreso y pacientes con una única cifra de glucemia elevada, no confirmada posteriormente. Se realizó un estudio descriptivo mediante revisión de las historias clínicas analizando variables como la edad, sexo, servicio en el que estaban ingresados, cifras de glucemia basal, controles de glucemia capilar AD, AA, AC y al acostarse, niveles de Hb A1C (solicitadas en el ingreso o a nivel ambulatorio o de consultas en los 3 meses previos), prescripción de tratamiento hospitalario y si se adecuaba al protocolo, las hipoglucemias (definidas por cifras < 70 mg/dl) y dentro de ellas las nocturnas y graves (definidas como las que precisan atención por otra persona).

RESULTADOS

De la muestra de 122 pacientes, la mayoría se encontraban hospitalizados en el área médica 104 (85,25%), seguido de Cirugía 9 (7,37%), 4 (3,28%) Urgencias, 2 (1,64%) en Traumatología y en Urología respectivamente y 1 (0,81%) en ORL. De ellos el 68 (55,74%) eran mujeres y 54 (44,26%) varones con edad media de 75 años y sin diferencias entre sexos por edad. Las cifras medias de glucemia basal en estos pacientes al ingreso fueron de 165,13 mg/dl, las de glucemia capilar AD de 167,65 mg/dl, AA de 189,38 mg/dl, AC de 204,77 mg/dl y antes de acostarse de 205,04 mg/dl. En casi todos los pacientes se realizaron registros de glucemias AD (93,4%), AA (92,62%) y AC (91,80%), sin embargo solo en un bajo porcentaje de pacientes (34,43%) se realizaban controles antes de acostarse, que coincidía con los que tenían las glucemias AC elevadas. Solo se documentaron 13 (10,65%) hipoglucemias; de ellas 43,84% eran nocturnas, 30,77% basales y solo 15,38% eran graves.

CONCLUSIONES

La implantación del protocolo de Insulinización hospitalaria, ha derivado en un mejor control glucémico aunque sin llegar a objetivos de cifras de glucemia < 140 mg/dl con predominio de hiperglucemia nocturna sobre basales. A pesar de la terapia intensiva y del “aceptable” control glucémico la tasa de hipoglucemia y sobre todo de hipoglucemia grave ha sido baja.

RV-03 EVALUACIÓN DE LA PLANIFICACIÓN DEL TRATAMIENTO ANTIDIABÉTICO AL ALTA HOSPITALARIA TRAS EL USO DEL PROTOCOLO DE INSULINIZACIÓN

A. Vergara Díaz¹, C. González Becerra¹, M. Gómez Hernández¹,
P. Gómez Rodríguez², M. Charneca Contioso², M. Blanco Torró²,
C. Pereira Delgado¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria.
Hospital San Juan de Dios de El Aljarafe. Sevilla

OBJETIVOS

En nuestro centro se ha elaborado e implantado a finales del 2010 un protocolo de insulinización hospitalaria basándonos en las recomendaciones de la Sociedad Andaluza de Endocrinología y Nutrición. El objetivo de nuestro estudio ha sido evaluar el tratamiento de los pacientes diabéticos previo a la hospitalización y el tratamiento al alta, para ver si fue modificado en función de los controles glucémicos y de las cifras de Hb A1C.

MATERIAL Y MÉTODO

Se seleccionaron de manera aleatoria un total de 122 pacientes hospitalizados con prescripción de insulinoterapia, a través de la prescripción farmacéutica (con la colaboración del Servicio de farmacia) y con cortes mensuales durante el año 2011. Fueron excluidos del análisis los pacientes con estancia hospitalaria menor de 24 horas, pacientes que fueron exitus durante el ingreso y pacientes con una única cifra de glucemia elevada, no confirmada posteriormente. Se realizó un estudio descriptivo mediante revisión de las historias clínicas analizando variables como la edad, sexo, servicio en el que estaban ingresados, cifras de glucemia basal, controles de glucemia capilar AD, AA, AC y al acostarse, niveles de Hb A1C (solicitadas en el ingreso o a nivel ambulatorio o de consultas en los 3 meses previos), peso, cifras de TA, tratamiento domiciliario previo, prescripción de tratamiento hospitalario y si se adecuaba al protocolo, las hipoglucemias y dentro de ellas las nocturnas y graves* y el tratamiento prescrito al alta, (ADOS con grupo terapéutico específico), ADOS + Insulina o Insulina y tipo de pauta.

RESULTADOS

De la muestra de 122 pacientes, la mayoría se encontraban hospitalizados en el área médica 104 (85,25%), seguido de Cirugía 9 (7,37%), 4 (3,28%) Urgencias, 2 (1,64%) en Traumatología y en Urología respectivamente y 1 (0,81%) en ORL. De ellos el 68 (55,74%) eran mujeres y 54 (44,26%) varones con edad media de 75 años y sin diferencias entre sexos por edad. La mayoría realizaba tratamiento

domiciliario con ADOS (51,64%), seguido de tratamiento con insulina (32,79%), terapia combinada con ADOS + Insulina (13,93%), y un pequeño porcentaje (1,64%) no realizaba tratamiento salvo el dietético. Sólo disponíamos de cifras de Hb A1c en la mitad de los casos (50%) siendo las cifras medias de 7,69% [rango 5,6-11,9%]. En la mayoría (69,67%) se prescribió al alta tratamiento con ADOS: Metformina (46,72%), Sulfonilureas (18,03%), Glinidas (2,46%), Incretinmiméticos (2,46%) y Glitazonas (0%). En 61 (50%) se prescribió Insulina: 22,95% con pauta intensiva, 15,57% con insulina basal y 11,47% con bifásica.

CONCLUSIONES

La mayoría de nuestros pacientes realizaba tratamiento previo con ADOS aunque había también una alta tasa de insulinizados. A pesar de haber mantenido durante el ingreso tratamiento con insulina fundamentalmente con pauta intensiva, la mayoría mantenía al alta su tratamiento previo (con reajustes en las dosis) Al alta insulinizamos a un 17.21%, habiendo un pequeño porcentaje de ellos (5%) a los que prescribimos pauta de insulino terapia intensiva al alta (similar a la que tenían durante el ingreso), por no haber sido previsores y haber iniciado simplificación del tratamiento en días previos y no disponer de Hb A1C para valorar grado de control metabólico previo.

RV-06 ESTUDIO DE PREVALENCIA DE DIABETES MELLITUS TIPO-2 EN PACIENTES HOSPITALIZADOS, GRADO DE CONTROL METABÓLICO E IMPLEMENTACIÓN DEL TRATAMIENTO HIPOGLUCEMIANTE AL ALTA

A. Hidalgo Jiménez, G. Mariscal Vázquez, J. Carrasco Sánchez,
C. Espejo Fernández, S. Bermejo Vázquez, A. Camacho Molina,
M. De Sousa Baena, M. Machado Vílchez

Unidad Gestión Clínica. Servicio de Medicina Interna. Área Hospitalaria Juan Ramón Jiménez. Huelva

OBJETIVOS

Conocer la prevalencia de diabetes mellitus tipo-2 (DMT2) entre los pacientes hospitalizados en el área médica de nuestro centro. Como objetivos secundarios, determinar el grado de control metabólico y la implicación en la intensificación del tratamiento hipoglucemiante al alta hospitalaria.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio de corte o prevalencia de pacientes hospitalizados en el área médica del Hospital Juan Ramón Jiménez de Huelva los días 13, 14 y 15 de Marzo de 2012. También se incluyeron pacientes de especialidades quirúrgicas que

estaban hospitalizados en camas asignadas al área médica como ectópicos. Evaluamos las historias clínicas de los pacientes con un protocolo prediseñado. Se solicitó Hb A1c en todos los pacientes que no estaba solicitada por sus médicos responsables. Al alta se evaluaron las recomendaciones del tratamiento hipoglucemiante y si se contemplaba la intensificación del mismo a los pacientes con Hb A1c > 7.5%. Para el análisis de los datos se realizaron tablas de frecuencia y se calculó el intervalo de confianza de la prevalencia.

RESULTADOS

Un total de 219 pacientes se encontraban hospitalizados en el área médica de nuestro centro. La razón de prevalencia de DMT2 (84 pacientes) alcanzó el 0,384 (0.448-0.320). La mayor parte de los pacientes estaban en medicina interna (51.2%), cardiología (10.7%), respiratorio (8.3%) y neurología (6%). La mortalidad intrahospitalaria fue del 6% (5 pacientes). En el análisis descriptivo de los pacientes diabéticos mostró una edad media de 74.5 años (DE 9.8) con 47 hombre (56%). Las características más destacables fueron: anemia (23.8%), enfermedad renal crónica (29.8%), HTA (82.1%), ICC (41.7%), obesidad (26.2%), neuropatía diabética (6%), retinopatía (19%). La mediana del tiempo de evolución de la diabetes fue de 9.5 años (5.2-15). Respecto a datos analíticos los diabéticos tenían una Hb 11.04mg/dl (DE 1.9), una creatinina 1.4 mg/dl (DE 1.02), una urea 77.5 mg/dl (DE 51). La HbA1c media 7.43% (DE 1.54), mediana 7.1 (6.2-8.3). Un total de 32 pacientes (40.5%) presentaban una Hb A1c basal > 7.5% (se excluyen del análisis los 5 pacientes que fallecieron). A 25 pacientes (78%) se les indicó en el informe de alta recomendaciones específicas para el tratamiento de su diabetes (datos ampliados en la exposición).

DISCUSIÓN

La DMT2 alcanza elevada prevalencia entre los pacientes hospitalizados, esto condiciona morbimortalidad hospitalaria. Una vez que hemos implementado el manejo correcto de la hiperglucemia hospitalaria, el siguiente paso sería evaluar el control metabólico previo mediante la determinación sistemática de la Hb A1c, para poder recomendar un tratamiento correcto al alta como parte de la rutina clínica.

CONCLUSIONES

La prevalencia de DMT2 en nuestra hospitalización alcanza a más de un tercio de los pacientes. El control metabólico medio es aceptable, pero un tercio de los pacientes necesitan ajustar e intensificar su tratamiento hipoglucemiante. Esta medida no alcanza a la totalidad de los pacientes.

RV-07 PREVALENCIA DE HIPOMAGNESEMIA ASOCIADA A LA DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN PACIENTES HOSPITALIZADOS POR PROCESOS MÉDICOS AGUDOS

M. Machado Vílchez, M. De Sousa Baena, J. Carrasco Sánchez, C. Díaz Pérez, H. Cachay Osorio, G. Mariscal Vázquez, A. Hidalgo Jiménez, E. Pujol de la Llave
Unidad de Gestión Clínica. Servicio de Medicina Interna. Área Hospitalaria Juan Ramón Jiménez. Huelva

OBJETIVOS

El objetivo principal es evaluar la prevalencia de hipomagnesemia en pacientes con diabetes mellitus tipo-2 (DMT2) hospitalizados por procesos médicos agudos y evaluar si esta se asocia a pérdidas renales y mal control metabólico

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio de corte o prevalencia de pacientes hospitalizados en el área médica del Hospital Juan Ramón Jiménez de Huelva los días 13, 14 y 15 de Marzo de 2012. También se incluyeron pacientes de especialidades quirúrgicas que estaban hospitalizados en camas asignadas al área médica como ectópicos. Evaluamos las historias clínicas de los pacientes con un protocolo prediseñado. Se determinó Mg en sangre y en orina, así como creatinina en sangre y orina para determinar la excreción fraccional de Mg (EFMg). Se definió hipomagnesemia como un Mg < 1,7 mg/dl. Se atribuyó pérdidas renales a una EFMg > 2% Se construyeron tablas de frecuencia para el análisis descriptivo. Se evaluó la correlación de la variables cuantitativas con el test de Spearman y tablas de contingencia con el estadístico Chi-cuadrado para las dicotómicas.

RESULTADOS

Se estudiaron un total de 84 pacientes diabéticos de 219 pacientes hospitalizados en el corte realizado. Se excluyeron 10 pacientes por faltar datos para calcular la EFMg. La mediana del Mg plasmático fue 1.96 mg/dl (1.8-2.2). La hipomagnesemia (Mg < 1.7 mg/dl) alcanzó el 14.9% (11 sobre 74 pacientes). Todos estaban con mal control de la glucemia durante la hospitalización de su proceso agudo. La edad media fue de 74.5 años (DE 9.8), 56% hombres. La HbA1c media fue de 7.43% (DE1.54) y la mediana de la microalbuminuria 28.4 mg/. Respecto al análisis de la función renal la creatinina media 1.40 mg/dl (DS 1.02). La hipomagnesemia no se asoció a niveles elevados de HbA1c en el análisis de correlación. Cuando se evaluó las pérdidas renales la totalidad de los mismos tenían una EFMg > 2%.

DISCUSIÓN

La hipomagnesemia no es infrecuente en pacientes con DMT2. La ADA recomienda corregir la depleción de Mg en los pacientes diabéticos. En nuestro estudio de corte alcanzó casi un 15% en los pacientes evaluados. Sin embargo, esta no se asoció a mal control metabólico medido por niveles de HbA1c. Parece que las pérdidas renales es el mecanismo fisiopatológico de la hipomagnesemia asociada a la DMT2. Limitación, no se corrigió las pérdidas renales de Mg por la función renal, aunque los pacientes solo presentaban un ligero deterioro de la función renal media.

CONCLUSIONES

La hipomagnesemia no es rara en pacientes con DMT2, al menos en aquellos con procesos médicos agudos. El mecanismo fisiopatológico se asocia a pérdidas urinarias. La determinación del Mg plasmático en la rutina clínica podría ayudar a mejorar el manejo global del paciente diabético hospitalizado. Nuestro estudio demuestra que está claramente infradiagnosticada en la práctica clínica rutinaria.

RV-08 RIEGO VASCULAR EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DE INICIO

S. López Cárdenas¹, J. Escribano Serrano², V. González Docé¹, M. Gómez Vela³, C. Bocanegra Muñoz¹, A. Michán Doña¹

¹Unidad de Gestión Clínica. Servicio de Medicina Interna. Hospital de Especialidades de Jerez de la Frontera. Cádiz

²Centro Salud San Roque. Distrito Campo de Gibraltar. San Roque (Cádiz)

³Centro Salud Sanlúcar. Distrito Jerez-Costa Noroeste. Sanlúcar de Barrameda (Cádiz)

OBJETIVOS

Evaluar el riesgo vascular en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM2) recién diagnosticados.

MATERIAL Y MÉTODO

Hemos aplicado las calculadoras de riesgo vascular en DM2 de United Kingdom Prospective Diabetes Study y de la New Zeland Cardiovascular Risk Calculator a una población de pacientes con DM2 a su diagnóstico tras obtener los datos epidemiológicos, clínicos y de la afectación macrovascular necesarios. El estudio estadístico se ha realizado con el paquete estadístico SPSS 19.0 para Windows.

RESULTADOS

Se incluyeron un total de 92 pacientes, con una edad media de 58,23 años (29-90) siendo 48 mujeres (52,2%). Presentaban hipertensión arterial ya conocida 49 pacientes (53,3%); dislipemia 41 (44,6%) e hiperuricemia 27 (29,3%). Existía enfermedad macrovascular manifiesta en 9 casos (9,8%): 5 infarto de miocardio (IM), 2 accidente cerebrovascular (ACV) y 2 enfermedad arterial periférica. En 6 existía fibrilación auricular y 3 se simultaneaba con IM. Según el cálculo con UKPDS, la media de riesgo de sufrir un IM fue del 15,27%. Entre 0-10, 24 pacientes (26%), entre 10-20, 30 (32%) y más de 20, 33 (42%). La media de riesgo de sufrir un IM mortal fue del 8,7%. Entre 0-10, 62 pacientes (67,4%), entre 10-20, 22 (23,9%) y más de 20, 8 (8,7%). La media de riesgo de sufrir un ACV fue del 8,76%. Entre 0-10, 63 pacientes (68,5%), entre 10-20, 22 (23,9%) y más de 20, 7 (7,6%). La media de riesgo de sufrir un ACV mortal fue del 1,76%. Entre 0-5 habían 87 pacientes (94,5%), entre 5-10 habían 4 (4,4%) y más de 10, 1 (1,1%). Según el cálculo con las tablas de New Zeland, el riesgo a los 5 años para la aparición de un evento fue 15,60%. Hasta el 10%, 37 pacientes (40,2%). Entre 11-20, 36 pacientes (39,1%) y más de 30, 19 (20,7%).

DISCUSIÓN

El riesgo vascular obtenido por ambas tablas de riesgo muestran valores similares, por lo que podríamos afirmar que ambas tablas son casi superponibles.

CONCLUSIONES

Los pacientes recién diagnosticados de diabetes mellitus tipo 2, presentan un riesgo vascular alto o muy alto. Las dos calculadoras de riesgo vascular estudiadas (UKPDS y New Zeland) reflejan resultados superponibles, por lo que consideramos que pueden ser una buena ayuda para proporcionarnos una estimación adecuada del riesgo de aparición de un evento mayor en pacientes con DM2.

Enfermedad Tromboembólica (T)

T-02 FACTORES DE RIESGO DE EMBOLISMO PULMONAR EN PACIENTES MENORES Y MAYORES DE 50 AÑOS

L. Pérez Belmonte, J. Pérez Díaz, J. Constan Rodríguez, V. Herrero García, M. Platero Sánchez-Escribano, M. Loring Caffarena, M. Martínez Delgado, M. Guil García

Servicio de Medicina Interna. Hospital Comarcal de la Axarquía. Torre del Mar/ Vélez-Málaga (Málaga)

OBJETIVOS

Comparar los factores de riesgo de pacientes menores y mayores de 50 años, ingresados por tromboembolismo pulmonar (TEP).

MATERIAL Y MÉTODO

Análisis descriptivo transversal de pacientes ingresados con el diagnóstico principal de TEP, durante el trienio 2009-2011. Se han dividido a los pacientes en dos grupos: los menores de 50 años y los que tienen 50 ó más. Hemos analizado datos demográficos y los factores de riesgo de enfermedad tromboembólica venosa.

RESULTADOS

De los 115 pacientes incluidos en el estudio, 18 (15,65%) eran menores de 50 años con una edad media de 37 años, y 97 (84,35%) de 50 años o más, con 72 años de media. Los factores de riesgo encontrados tienen diferente peso según el grupo de edad: 1) En menores de 50 años destacan la obesidad (66,7%, $p=0,005$), seguido de la inmovilización (38,9%), generalmente por intervenciones quirúrgicas (50%, $p=0,005$) y en tercer lugar la insuficiencia venosa (22,2%). Entre las mujeres la toma de anticonceptivos orales fue del 33,3% ($p<0,05$). El 25,6 % presentaban más de 2 factores de riesgo. En el grupo de mayor edad la insuficiencia venosa es la primera causa (43,3%), seguido de la obesidad (30,9%, $p=0,005$) y en tercer lugar la inmovilización (22,7%), en su gran mayoría por enfermedades médicas-traumatológicas (90%) y sólo un 6% por intervención quirúrgica ($p=0,005$). En este grupo el 29,9% presentaban más de 2 factores de riesgo.

DISCUSIÓN

La mayoría de los pacientes que desarrollan enfermedad tromboembólica venosa posee algún factor de riesgo, pero la concurrencia de varios de ellos incrementa el riesgo de forma exponencial. Estos factores de riesgo hay que

tenerlos en cuenta a la hora de sospechar esta enfermedad. Es muy importante la realización de una adecuada profilaxis para minimizar el riesgo de TEP, sobre todo en edades avanzadas y en nuestros pacientes con amplia comorbilidad médica.

CONCLUSIONES

En los pacientes más jóvenes la identificación de algún factor de riesgo (94%), es más frecuente, que en pacientes mayores de 50 años (80%). La presencia de al menos 2 factores de riesgo se presenta en un alto porcentaje (más del 50%), por lo que ante la presencia de un TEP debemos identificar factores asociados. Sugiero que sería muy recomendable el manejo y tratamiento adecuado de la patología varicosa de miembros inferiores dado los resultados obtenidos.

T-03 CARACTERÍSTICAS DEL TROMBOEMBOLISMO PULMONAR MASIVO EN NUESTRO ÁMBITO HOSPITALARIO EN EL TRIENIO 2009-11

J. Pérez Díaz, L. Pérez Belmonte, J. Constan Rodríguez, V. Herrero García, M. Platero Sánchez-Escribano, M. Blanco Díaz, F. Rodríguez Díaz, M. Guil García

Servicio de Medicina Interna. Hospital Comarcal de la Axarquía. Torre del Mar/Vélez-Málaga (Málaga)

OBJETIVOS

Describir el perfil clínico, diagnóstico y terapéutico de los pacientes con tromboembolismo pulmonar (TEP) con criterios de masividad en nuestro servicio.

MATERIAL Y MÉTODO

Análisis descriptivo transversal de pacientes ingresados con el diagnóstico principal de TEP (años 2009-11). Hemos dividido a los pacientes en dos grupos: aquellos que cumplían criterios de masividad (GM) y los que no (GNM). Hemos analizado datos demográficos, comorbilidades, factores de riesgo, forma de presentación, semiología, pruebas complementarias, tratamiento, estancia y mortalidad intrahospitalaria. Se realizó un análisis estadístico bivariante, comparando las variables cualitativas con el test de Chi² y las cuantitativas con el test de la t de Student.

RESULTADOS

Se han incluido un total de 115 pacientes, de los que 44 (38,3%) presentaban criterios de masividad. La mediana de la edad fue de 70 años para ambos grupos y la presencia de mujeres fue mayor en el GM (52,3 vs 43,7%) sin significación estadística. En cuanto a la clínica se mostró diferencias significativas en la

presencia de síncope en el GM (22,7 vs 7%, $p < 0,05$), al igual que en la presencia de taquipnea (70,5 vs 53,5%, $p = 0,05$) y taquicardia (50 vs 26,8%, $p = 0,01$). La afectación de la rama principal en la AngioTAC torácico fue en el GM del 88,6% vs 7% ($p < 0,001$), además a estos se les realizó ecocardiograma en un 84,1% respecto al 64,8% de GNM, presentando hipertensión pulmonar moderada-severa en mayor proporción (32,44 vs 17,39%, $p < 0,05$). Se fibrinolizó al 11,4% del GM ($p < 0,01$) cuya indicación fundamental fue la inestabilidad hemodinámica. La mortalidad fue baja en ambos grupos, en torno al 3%.

DISCUSIÓN

Se ha considerado masividad si el TEP cumplía al menos 1 de estos criterios: shock, inestabilidad hemodinámica, afectación de al menos 2 ramas lobares o afectación de más del 50% de la rama principal. El TEP se trata de una patología que amenaza la vida de los pacientes, por lo que la identificación e instauración precoz de tratamiento con heparina mejora el pronóstico de forma importante. Si la situación es de riesgo alto esta indicado el uso de fibrinolíticos siempre que no exista ninguna contraindicación.

CONCLUSIONES

En nuestro estudio tiene mucho más peso la definición angiotomográfica que la hemodinámica en número de pacientes con TEP masivo. Aunque sabemos que la indicación de fibrinólisis que recoge la literatura se fundamenta sobre todo en la presencia de shock cardiogénico o hipotensión persistente, como reflexión decir que presumiblemente en nuestro ámbito el porcentaje de fibrinólisis sea pequeño y sugerir que esto pudiera ser mejorado con la realización de Ecocardio a pie de cama en Urgencias para valorar datos de disfunción del ventrículo derecho junto con la medición generalizada de marcadores de injuria miocárdica y la evaluación más precisa de la situación cardiopulmonar basal previa del paciente.

T-04 TROMBOEMBOLISMO PULMONAR: INFLUENCIAS DEL GÉNERO EN LA FORMA DE PRESENTACIÓN Y FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS

J. Constan Rodríguez, L. Pérez Belmonte, J. Pérez Díaz, V. Herrero García,
M. Platero Sánchez-Escribano, M. Blanco Díaz, F. Rodríguez Díaz,
M. Guil García

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Comarcal de la Axarquía. Torre del Mar/
Vélez-Málaga (Málaga)*

OBJETIVOS

Conocer los factores de riesgo relacionados, forma de presentación y semiología de los pacientes ingresados por tromboembolismo pulmonar (TEP) en nuestro servicio atendiendo al género.

MATERIAL Y MÉTODO

Análisis descriptivo transversal de pacientes ingresados por TEP como diagnóstico principal, durante los años 2009 a 2011. Hemos dividido a los pacientes atendiendo al género. Hemos analizado datos demográficos, factores de riesgo, forma de presentación y semiología. Se realizó un análisis estadístico bivariante, comparando las variables cualitativas con el test de Chi² y las cuantitativas con el test de la t de Student.

RESULTADOS

Se han incluido un total de 115 pacientes, con una edad media de 66,37 años, y de los que 54 (47%) son mujeres y la presencia de extranjeros es mayor entre los varones (24,5 vs 9,3%, $p < 0,01$). Las diferencias entre los factores de riesgo, los síntomas y signos de enfermedad tromboembólica venosa, entre mujeres y hombres se muestran en la tabla 1. (* $p < 0,05$)

DISCUSIÓN

La obesidad, inmovilidad e insuficiencia venosa son de más peso en el sexo femenino, en cambio el cáncer y su situación asociada procoagulante siguen siendo más prevalentes en el sexo débil y esto pudiera explicar la ausencia de diferencias estadísticamente significativas en los antecedentes de eventos trombóticos. Es destacable que los viajes se muestran como un factor de riesgo a tener en cuenta entre los varones, y estas diferencias podrían ser explicadas por un mayor porcentaje de extranjeros en este grupo. Plausiblemente la taquicardia y el síncope son más prevalentes en las mujeres por un mayor porcentaje de TEP con criterios de masividad y la hemoptisis en el varón porque éstos aun padecen más de enfermedad broncopulmonar crónica y neoplásica asociada al tabaquismo.

CONCLUSIONES

Aunque no hemos observado diferencias estadísticamente significativas en la prevalencia de TEP entre géneros, teniendo en cuenta que estamos ante una enfermedad potencialmente mortal y sobre todo con gran dificultad para su diagnóstico caracterizar a estos dos grupos poblacionales puede ser de ayuda para su identificación precoz.

Tabla 1. Factores de riesgo, síntomas y signos de TEP según género (T-04)

Factores de riesgo (%)	Mujer	Varón	Síntomas y signos (%)	Mujer	Varón
Obesidad*	61,1	14,8	Disnea	96,3	91,8
Insuficiencia venosa superficial	46,3	34,4	Dolor torácico	61,1	60,7
Trombosis venosa profunda	35,2	44,3	Síncope	18,5	8,2
Inmovilización	31,5	19,7	Hemoptisis*	0	11,5
Antecedentes ETEV	14,8	18	Taquipnea	61,1	59
Neoplasias*	1,9	13,1	Taquicardia*	48,1	24,6
Viajes*	0	8,2	Alteración auscultación pulmonar	64,5	63,9

Varios (V)

V-01 HEMOCROMATOSIS HEREDITARIA: ENFERMEDAD MUY PREVALENTE EN EL ÁREA SANITARIA DEL NORTE DE JAÉN

J. Gutiérrez Zafra, M. Romero Ferreira, J. Sampedro Villasán,
M. Gómez Rodríguez, R. Gato Morais, D. Rosado Álvarez
Servicio de Medicina Interna. Hospital Comarcal San Agustín. Jaén

OBJETIVOS

La hemocromatosis pertenece un grupo de enfermedades caracterizadas por la sobrecarga de hierro. Incluye formas adquiridas y hereditarias (mutaciones C282Y, H63D). Esta última es especialmente prevalente en nuestra área sanitaria. En este estudio describimos nuestra experiencia así como los factores que determinan su curso evolutivo

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio epidemiológico descriptivo retrospectivo de los pacientes que presentan alguna mutación genética de la Hemocromatosis en una Consulta Externa de Medicina Interna.

RESULTADOS

El número de pacientes identificados son 19. La edad media es de 48 años (entre 19-70). Sexo: 79% varones, 21% mujeres. En 47.4% existen antecedentes familiares de Hemocromatosis, en 52.6% no se conocen. La mutación más frecuente es la H63D que presentan el 100% de los pacientes (73.68% son heterocigotos, 21.05% heterocigotos, un solo paciente es doble heterocigoto para mutación del gen H63D y C282Y). Entre las patologías concomitantes; que presentan 57.9% de los pacientes; las más frecuentes son HTA (36.8%), dislipemia (21%), DM (un solo paciente). Hábitos tóxicos: 26.31% son fumadores y bebedores (todos varones). Todos los pacientes son derivados desde Atención Primaria por: aumento de ferritina en analítica (42.1%), despistaje familiar (42.1%), hipertransaminasemia mantenida (15.78%). Solo un paciente manifiesta sintomatología en forma de clínica osteoarticular, el resto son asintomáticos. Ningún paciente presenta en el seguimiento degeneración en cirrosis/hepatocarcinoma. El 26.31% presentan esteatosis hepática que es coincidente con los pacientes que tiene hipertransaminasemia mantenidas. La media de seguimientos son 4.6 años. En la terapéutica: 31.57% no precisan sangrías durante su seguimiento; 31,57% precisa menos de 5 sangrías, 15.78% entre 5-10, 21.05% más de 10 sangrías.

DISCUSIÓN

La periodicidad de las sangrías es más elevada: en el portador homocigoto o doble heterocigoto; al diagnóstico de la enfermedad, varones y existencia de hábito etílico (alcohol favorece absorción de hierro). No existen casos de cirrosis hepática y/o hepatocarcinoma debido al corto tiempo de seguimiento desde que se estableció el diagnóstico. Probablemente se desarrollaran con el tiempo, sobre todo en los pacientes con patologías concomitantes y/o persistencia de hábitos tóxicos.

CONCLUSIONES

Todos los pacientes han sido diagnosticados en nuestras consultas en los últimos 5 años. La periodicidad de las sangrías disminuyen con la edad, sexo femenino y hábitos de vida saludables. El portador heterocigoto H63D precisa de sangrías muy esporádicamente salvo en los consumidores de alcohol. Aquellos de estos paciente sanos detectados como cribaje familiar sólo precisan control semestral/anual. Los portadores homocigotos H63D y el doble heterocigoto C282Y precisan sangrías con mayor frecuencia; son revisados cada 3 meses. Los heterocigotos H63D consumidores de alcohol precisan sangrías y revisiones con periodicidad similar a los pacientes anteriores. No se han detectados desarrollo de complicaciones (cirrosis/hepatocarcinoma) por el corto/estrecho seguimiento de nuestros pacientes en las Consultas Externas.

V-03 PREVALENCIA Y CONCORDANCIA DE LAS DERIVACIONES DE ATENCIÓN PRIMARIA A CONSULTAS EXTERNAS DE MEDICINA INTERNA DE UN HOSPITAL COMARCAL

B. Merelo Ruiz¹, M. Pérez Trisancho¹, A. Maraver García², A. Bejarano García², A. Merlo Serrano¹, P. Massi Aguirre¹, A. Talavera Fabuel²

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Digestivo. Hospital Infanta Elena. Huelva

OBJETIVOS

La conexión entre las unidades de Atención Primaria (AP) y los servicios de Atención Especializada (AE) constituye una pieza fundamental en la organización de muchos sistemas de asistencia sanitaria. En el sistema sanitario español los médicos de AP (MAP) ejercen un importante papel de filtro en las derivaciones al nivel especializado. El objetivo de nuestro estudio fue analizar los motivos más frecuentes de derivación desde Atención Primaria a Consulta Externa de Medicina Interna, la necesidad de pruebas complementarias, la concordancia con el informe final y el seguimiento posterior del paciente.

MATERIAL Y MÉTODO

-Estudio: observacional descriptivo -Emplazamiento: Consultas externas de Medicina Interna de un hospital comarcal.-Sujetos: Informes emitidos de Medicina Interna durante 6 meses de las visitas de primera consulta derivadas de Atención Primaria. -Muestra: Se calculó sobre el 50% de frecuencia, con error absoluto de 6% e intervalo de confianza del 95%;267 informes. -Variables y método de evaluación de la respuesta: Los motivos de derivación se clasifican en grupos sindrómicos: Signos y síntomas relacionados con Enfermedad por reflujo gastroduodenal (ERGE), Dispepsia, Diarrea, Dolor abdominal, Hepatopatía, Rectorragia, Sospecha de neoplasia y Otros.

RESULTADOS

Se recogieron 280 informes, el 61% de los pacientes son mujeres y la edad es de 48.7 años (IC 46.5-50.9).El motivo más frecuente de consulta son los síntomas y signos de dispepsia con 21.3% (IC 16.5-26.9), seguido de dolor abdominal (19.8%) y hepatopatía (19%). Las pruebas complementarias más frecuentes son: analítica 65% (IC 59.1-70.5) y ecografía abdominal 41% (IC 35-47).La coincidencia porcentual entre el motivo de derivación de primaria y el juicio clínico del informe de Medicina Interna es del 53.8% (IC 47.4-60) y el índice Kappa es 0.48 (IC 0.41-0.55).

CONCLUSIONES

El seguimiento del paciente pasa al médico de atención primaria en el 65.3% (IC 59-71). La mayoría de las derivaciones son para diagnóstico y precisan de pruebas complementarias.El seguimiento se realiza en un porcentaje elevado en Atención Primaria.La concordancia del diagnóstico entre niveles es moderada. Creemos necesario poder solicitar mayor número de pruebas complementarias desde atención primaria.Es necesario mejorar la comunicación entre profesionales.

V-04 ANÁLISIS DEL USO DE OPIOIDES EN PACIENTES DADOS DE ALTA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS

E. Sifuentes Díaz, F. García Colchero, M. Martín Zamorano, A. Mogollo Galván
Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz

OBJETIVOS

- Conocer la proporción en que hemos prescrito los distintos opioides que existen en nuestro mercado.
- Conocer cuáles fueron las indicaciones que justifiquen el uso de oxicodona.
- Identificar si existen causas que justifiquen la presentación

transdérmica. •Saber si hemos empleado combinaciones de opioides mayores y en qué circunstancias. •Evaluar el uso de fármacos coadyuvantes hemos empleado.

MATERIAL Y MÉTODO

Es un estudio retrospectivo, descriptivo, observacional. Revisamos las historias clínicas de los pacientes dados de alta con opioides mayores entre enero 2008 y diciembre 2010, recopilando las características epidemiológicas, el opioide empleado como tratamiento de base y de rescate, en el uso de presentaciones transdérmicas si existían problemas para el empleo de la vía oral u otros problemas digestivos los coadyuvantes empleados y cuáles de ellos se emplearon en dolor neuropático, la indicación del uso de oxicodona. Se empleó para el análisis estadístico de este estudio el programa SPSS versión 18.

RESULTADOS

Hemos estudiado 151 Historias Clínicas, de las cuales 99 fueron hombres (66%), siendo la media de edad 66. La patología siempre fue oncológica, siendo la neoplasia gastrointestinal la más frecuente en un 29,35%, seguido de la respiratoria con un 27,3%, genitourinaria 17,3% y cabeza y cuello 14,7%. La morfina fue el opioide más empleado como monoterapia(32%), seguido del fentanilo(26%); buprenorfina(11,3%) y oxicodona(10,7%). En el 37,3% de los pacientes en que se emplearon fentanilo y buprenorfina transdérmico encontramos 26,7% de casos de dificultad para la vía oral, 14,2% de obstrucciones intestinales y un 12,5% con estreñimiento pertinaz. Encontramos tratamiento combinado de opioide en un 16%, siempre indicados como rescates. En los pacientes en que se usó oxicodona (23), 31,8% fueron por toxicidad de otro opioide, y un 31,8% en dolor neuropático. Hemos usado coadyuvantes en 36% pacientes, el más empleado fue la pregabalina en un 53,7%, seguido de amitriptilina 16,6%. La combinación de opioides se empleó en 20,3% pacientes. De los pacientes tratados con oxicodona tenían asociado tratamiento coadyuvante en el 73% de los casos, siendo la pregabalina en el 38,4% el coadyuvante más empelado. Por otro lado la neoplasia en la que más se empleó oxicodona fue la de cabeza y cuello en 22,7%, seguido de la genitourinario en 19,2%.

DISCUSIÓN

Los fármacos opioides mayores son ampliamente usados en los pacientes de Cuidados Paliativos, la mayoría por dolor. No hay evidencia científica que soporte la superioridad de un opioide, considerando a la morfina como gold standar. Se ha extendido el uso de otros fármacos en base a su presentación, posología o indicaciones específicas (dolor neuropático, trastornos gastrointestinales) a pesar de su mayor costo.

CONCLUSIONES

1. La morfina es el analgésico opioide mayor más empleado, seguido de fentanilo. 2. La proporción de opioides utilizados en nuestra Unidad sigue el patrón aconsejado por las distintas sociedades y recomendaciones científicas. 3. En casi la mitad de los casos del uso de presentaciones transdérmicas los pacientes tenían dificultad para la vía oral o trastornos del tránsito intestinal. 4. No hemos empleado combinaciones de opioides salvo en el uso como rescate. 5. Se ha empleado oxycodona por toxicidad de otro opioide, dolor neuropático, y en menos ocasiones como rescate analgésico y por fallo analgésico de otro opioide. 6. La pregabalina es el coadyuvante más empleado. 7. En todos los casos que se prescribió oxycodona por dolor neuropático se emplearon también la combinación de amitriptilina y otro anticonvulsivante.

V-05 ESPECTRO CLÍNICO Y EVOLUTIVO DE LA PANCREATITIS AGUDA

M. Vallejo Herrera, C. Bautista Galán, M. Guerrero León, A. Ruiz Serrato,
J. Villar Jiménez, M. García Ordóñez

*Servicio de Medicina Interna. Área Sanitaria Norte de Málaga. Antequera
(Málaga)*

OBJETIVOS

Identificar el perfil clínico y características evolutivas de las pancreatitis agudas (PA) según su etiología, biliar (PAB) o no biliar (PANB). Evaluar los clásicos criterios de gravedad usados en ambas formas clínicas de PA.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio transversal ambispectivo que incluye todos los casos consecutivos de PA durante un periodo de 5 años (2006-2010) seleccionadas a través del CMBD de un hospital comarcal. Se recogieron datos demográficos, epidemiológicos, situación funcional, comorbilidad asociada, manifestaciones clínicas, parámetros de laboratorio, pruebas de imagen (Rx, ecografía y TAC) y variables evolutivas. Para los hallazgos del TAC abdominal se siguió la clasificación de Balthazar. Se definió PA grave aquella que presentó algunas de las siguientes: síndrome distress respiratorio adulto, deterioro hemodinámico con necesidad de apoyo inotrópico y fallo multiorgánico. Se recogieron las complicaciones tardías: necrosis infectada, pseudoquiste y absceso pancreático. Se utilizaron criterios de gravedad definidos, entre otros, APACHE-II y Ranson. En el análisis se realizó el test de chi cuadrado para comparar proporciones y t de Student para comparar medias. Se calculó la odds ratio (OR) y su correspondiente intervalo de

confianza al 95% (IC95%). Para los criterios de gravedad definidos se calcularon la sensibilidad (S), especificidad (E) y valores predictivos positivos (VPP) y negativos (VPN). El análisis de los datos se efectuó con el programa SPSS 13.0.

RESULTADOS

Para el periodo de estudio se incluyeron un total de 396 casos de PA en 346 pacientes. La edad media fue de 65,1±17,2 años, siendo 209 (52,8%) varones. La PA fue de origen biliar en 233 casos (58,8%). La PAB fue más frecuente en mujeres (57,1% por 37,1%; $p<0.05$; OR:2,7; IC95%:1,7-4,1) y en edades más avanzadas (70,1 por 57,9 años; $p<0.05$) que en PANB. Como comorbilidad fue más frecuente la presencia de diabetes (23,2% por 12,3%; $p<0,05$; OR:2,2; IC95%:1,2-3,7), insuficiencia renal (9% por 0,6%; $p<0,05$; OR:16,1; IC95%:2,1-120) y deterioro funcional (24,9% por 16%; $p<0,05$; OR:1,7; IC95%:1,1-2,9) en las PAB. En pruebas de laboratorio, cifras de hematocrito menor y cifras mayores de urea, GOT, LDH y lipasa fueron significativamente más frecuentes en la PAB. Del total de PA, 9,6% presentaron en el TAC abdominal grado más severo (grado E de Balthazar), siendo similares en la PAB y PANB. De forma global, fueron 7,3% PA graves y en el 8,1% aparecieron complicaciones tardías (similar en PAB y PANB). Fallecieron 8 (2%) pacientes, sin diferencias según su etiología. Tanto los criterios de Ranson, APACHE-II como grado E Balthazar tuvieron una alta capacidad predictiva de PA grave (S:0.69, E:0.73, VPN:0.97; S:0.76, E:0.84, VPN:0.98; S:0.55, E:0.89, VPN:0.96; respectivamente) y no difirieron según PAB y PANB.

DISCUSIÓN

Salvo pequeñas diferencias epidemiológicas como más frecuencia de PAB en pacientes de edad más avanzada y de sexo femenino, y determinadas diferencias en parámetros analíticos, la expresividad clínica y evolución de las PA está claramente definida, siendo homogénea según su origen biliar o no. Los criterios de severidad clásicamente utilizados mantienen su vigencia actual en cuanto a capacidad predictiva y no discriminan entre sus formas etiológicas.

CONCLUSIONES

El espectro clínico y características evolutivas de las diferentes formas etiológicas de las pancreatitis agudas es similar. Los criterios clásicamente usados para delimitar su gravedad tienen una alta capacidad predictiva.

V-06 EXPERIENCIA EN UNA UNIDAD DE RIESGO QUIRÚRGICO

E. Molero Campos¹, C. Ramos Cantos¹, M. Sánchez Simonet¹,
S. Puerta Fernández¹, M. Muñoz Antúnez¹, J. Pinedo², F. Miralles Linares¹
¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Cardiología. Clínica Parque San
Antonio. Málaga

OBJETIVOS

Estudio descriptivo, con un corte transversal, de dos años de evolución de una consulta de riesgo quirúrgico en una Unidad de Medicina Interna realizados por el mismo facultativo

MATERIAL Y MÉTODO

Descripción de la casuística global de una consulta de riesgo quirúrgico en una Unidad de Medicina Interna. Se analizaron un total de 310 estudios preoperatorios, rechazando los realizados para cirugía bariátrica.

RESULTADOS

Se estudiaron 136 pacientes derivados por especialistas quirúrgicos, siendo las especialidades más representativas: traumatología con 75 pacientes (55,8%), cirugía general 39 casos (28%) y urología 6 pacientes (9,4%). La distribución por géneros corresponde a un 53% (72) mujeres y un 47% (64) varones. La edad media de los pacientes fue de 58,32 años. Entre los factores de riesgo vascular más prevalentes encontramos: hipertensión arterial 38% de los pacientes, tabaquismo 19%, dislipemia 22% y diabetes mellitus 13,2%. Padeían cardiopatía isquémica el 9,5% de los pacientes y EPOC diagnosticado el 3%. Entre los tratamientos que nos vimos obligados a modificar se encuentran los anticoagulantes, en 5 casos, requiriendo terapia puente con heparina de bajo peso molecular y los antiagregantes (13,2%), donde se valoró su abandono siguiendo las guías en vigor en ese momento. De las complementarias aportadas encontramos anomalías, en el 19% de las radiografías de tórax y en el 42,6% en el electrocardiograma. Dentro de la exploración, los hallazgos patológicos más frecuentes fueron cifras elevadas de tensión arterial (TAS >140 o TAD >90) hasta en el 24% de los enfermos. Se les ofreció información sobre su problema y se les planteó comprobación y seguimiento por su médico. Hasta en un 30% de los pacientes tenían un riesgo moderado según la clasificación de ASA (II-III), siendo el resto de los pacientes atendidos de bajo riesgo.

DISCUSIÓN

La edad media de los pacientes de la serie (58.3 años) explica la escasa patología asociada que presentan los mismos y el bajo riesgo quirúrgico según

la tabulación del grado ASA. Las cirugías de los pacientes ingresados y los realizados de forma urgente no se encuentran en esta cohorte debido a que se realizan durante el ingreso hospitalario, lo cual es un sesgo de selección, apreciándose grados de ASA más bajos.

CONCLUSIONES

-Los internistas podemos asumir el estudio preoperatorio y realizar informes de riesgo quirúrgico-Estas consultas permiten optimizar el riesgo preoperatorio, modificando tratamientos específicos-En estos encuentros podemos diagnosticar patologías prevalentes, hasta entonces desconocidas por el paciente-Unidades como éstas integran la figura del internista dentro del proceso quirúrgico y abren un nuevo campo de actuación para nuestra especialidad

V-07 REACCIONES ADVERSAS HEMATOLÓGICAS: 10 AÑOS DE SEGUIMIENTO EN UN HOSPITAL COMARCAL

J. Gutiérrez Zafra¹, M. Mora Mora², C. Llácer Pérez², T. Cantal Sánchez², G. Fernández Martínez², J. Sampedro Villasan¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Farmacia. Hospital Comarcal San Agustín. Jaén

OBJETIVOS

La Farmacovigilancia se define como una actividad de salud pública destinada a la identificación, cuantificación, evaluación y prevención de los riesgos asociados a los medicamentos comercializados. Una reacción adversa medicamentosa (RAM) consiste en la aparición de cualquier respuesta no deseada, y por tanto no buscada, con dosis adecuadas de un medicamento administrado con fines diagnósticos, terapéuticos o profilácticos, empleando una pauta posológica correcta. Según la bibliografía, el número de ingresos motivados por RAM suponen un 4,7% y en el transcurso de la hospitalización 10,9% de los enfermos sufren algún tipo de RAM. Nuestro objetivo es describir las reacciones adversas hematológicas detectadas por el programa de Farmacovigilancia de nuestro hospital en los últimos 10 años.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo retrospectivo de todas las RAMs que afectan a las series hematológicas recogidas en el Programa de Farmacovigilancia de nuestro hospital en los últimos 10 años.

RESULTADOS

Durante el período 2002-2011 se han notificado 25 RAMs hematológicas. De ellas 36% requirió ingreso hospitalario, 12% prolongo su estancia hospitalaria, en un 16% de los pacientes los eventos adversos no tuvieron repercusión clínica y el resto de los casos (36%) no fueron evaluados. Edad media 61 años (24-80). Sexo: 64% en varones y 36% en mujeres. Manifestaciones clínicas-fármacos implicados: 16% son anemias (50% por quimioterapia), 24% son leucopenias (50% neutropenias por quimioterapicos que precisaron ingreso), 28% trombocitopenias (de ellos el 50% por quimioterapia y 25% por HBPM), 20% bicitopenias (75% en forma de leucopenia+trombopenia debido al tratamiento de hepatitis C con Ribavirina+ PegInterferon α -2B), 8% pancitopenias (todas por inmunosupresores usados en procesos reumatológicos), un solo caso de aplasia medular por Imatinib usado en leucemia mieloide crónica. Duración de la RAM: 72% de los pacientes es conocida con una media de 12,5 días (2-77), en el 28% se desconoce. En cuanto al desenlace un 76% presentaron recuperación, un 20% se desconoce y un solo caso fue de exitus.

DISCUSIÓN

La Farmacovigilancia desarrolla una labor importante en la detección de situaciones de riesgo en el uso de medicamentos y mejorar su eficacia y seguridad; además promueve cambios relevantes en el plan farmacoterapéutico para minimizar las complicaciones asociadas al uso de determinados medicamentos

CONCLUSIONES

En 2002-2011 se observa un aumento de las RAMs hematológicas notificadas. Son más frecuentes en pacientes de mayor edad en los que la duración así como la gravedad de los eventos adversos son mayores, probablemente por la polimedicación y a la existencia de mayor número de interacciones farmacológicas. El tiempo de recuperación así como la gravedad es menor cuando existe una sola serie hematológica afecta o solo hay un fármaco implicado en el evento adverso. Las RAMs suponen un aumento del coste sanitario ya que muchas de ellas son causa de ingreso y prolongación de la estancia hospitalaria (aumento de morbilidad). La amplia utilización de quimioterapia e inmunosupresores en la actualidad provoca aumento de número de RAMs graves que junto a las clásicas suponen un incremento en la morbilidad y costes. De ahí la importancia vital de la Farmacovigilancia para detectar RAMs graves y/o poco conocidas, cuantificar el riesgo, eficacia y seguridad de los fármacos en la población.

V-08 EXENATIDE Y LIRAGLUTIDE, EXPERIENCIA CLÍNICA EN UNA UNIDAD DE ENDOCRINOLOGÍA

V. Ávila Rubio, A. Muñoz García, A. San Juan McNulty, L. Vera Pacheco, M. Cobo Fernández, E. Triviño Ibáñez, Y. Suleiman Martos, M. Quesada Charneco
Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital de Especialidades San Cecilio. Granada

OBJETIVOS

Los análogos de GLP-1 de acción prolongada representan un avance en el tratamiento de la Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2). Exenatide fue el primero en comercializarse y desde hace pocos meses disponemos de Liraglutide. Objetivos: 1. Evaluar cambios sobre el peso, índice de masa corporal (IMC), glucemia basal (GB) y HbA1c a los 3 meses de tratamiento con Exenatide y Liraglutide. 2. Tolerancia. 3. Determinar diferencias entre ambos fármacos.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio observacional que incluyó 63 pacientes con DM2 asistidos en la UGC de Endocrinología del HUSC (Granada). 42 tratados con Exenatide (dosis de inicio 5 mcg, 2/día) y 21 con Liraglutide (dosis de inicio 0.6 mg, 1/día). Determinaciones basales (Tabla 1) y a los 3 meses de tratamiento.

RESULTADOS

A los 3 meses de tratamiento con Exenatide, encontramos una pérdida ponderal de 3.91 ± 4.04 kg ($p < 0.0001$), reducción de IMC 1.48 ± 1.45 kg/m² ($p < 0.0001$), de HbA1c $0.79\% \pm 1.93$ ($p < 0.05$) y de GB 19.83 ± 67.46 mg/dl ($p = 0.09$). A los 3 meses de tratamiento con Liraglutide, la pérdida ponderal fue de 2.39 ± 5 kg ($p = 0.05$), reducción de IMC 1.10 ± 1.83 kg/m² ($p < 0.05$), de HbA1c $0.8\% \pm 1.4$ ($p < 0.05$) y de GB 23.25 ± 68.24 mg/dl ($p = 0.19$). Mayor pérdida de peso (1.52 ± 1.26 kg) y reducción de IMC (0.38 ± 0.47 kg/m²) en el grupo tratado con Exenatide ($p > 0.05$). Mayor reducción de GB (3.42 ± 20.43 mg/dl) y HbA1c ($0.003\% \pm 0.470$) en el grupo tratado con Liraglutide ($p > 0.05$). 11 pacientes (28.2%) presentaron algún evento adverso en el grupo tratado con Exenatide (todos intolerancia gastrointestinal) y 5 (23.8%) en el grupo tratado con Liraglutide (3 intolerancia gastrointestinal, 1 hipoglucemia, 1 cefalea). 7 abandonos en el grupo de Exenatide (3 por intolerancia gastrointestinal, 3 por insuficiente control metabólico y 1 por descompensación hiperglucémica) y 4 en el grupo de Liraglutide (1 por intolerancia gastrointestinal, 1 por hipoglucemia y 2 por insuficiente control metabólico).

DISCUSIÓN

Los análogos de GLP-1 de acción prolongada nos permiten un abordaje multifactorial del paciente con DM2. En nuestro estudio, no encontramos diferencias estadísticamente significativas entre Exenatide y Liraglutide, si bien tanto el control glucémico como la tolerancia gastrointestinal tienden a ser mejores en el grupo tratado con Liraglutide. Éste último presenta además la ventaja de ser administrado 1 vez al día, lo que supone una mejor calidad de vida para el paciente.

CONCLUSIONES

En nuestra experiencia, Liraglutide ofrece mejores resultados a corto plazo en cuanto a control glucémico con mejor tolerancia gastrointestinal. El uso de análogos de GLP-1 en pacientes diabéticos tipo 2 con un perfil adecuado nos permitirá obtener su máximo rendimiento sobre el control metabólico.

Determinaciones basales. a) p = 0.046. b) p = 0.05. No diferencias significativas en el resto de variables (V-08)

	EXENATIDE (n=42)	LIRAGLUTIDE (n=21)
Peso (kg)	101.27 (17.20 DE)	106.26 (21.58 DE)
IMC (kg/m²)	37.49 (5.54 DE)a	40.74 (6.22 DE)a
Glucemia basal (mg/dl)	194.65 (64.82 DE)	178.33 (51.36 DE)
HbA1c (%)	8.9 (1.39 DE)b	8.18 (1.19 DE)b

V-09 PERFIL DE LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS QUE FALLECEN EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

M. Barón Ramos, A. Albarracín Arraigosa, M. Ruz Zafra, I. Gallardo Romero, A. Muñoz Claros, C. Luque Amado, A. Ruiz Cantero
Servicio de Medicina Interna. Hospital La Serranía. Ronda (Málaga)

OBJETIVOS

A pesar de que un porcentaje elevado de los enfermos que reciben quimioterapia y otros tratamiento antitumorales lo hacen con intención paliativa, son escasos los trabajos que revisan este aspecto. Simultáneamente, nos encontramos ante un interés creciente por el cuidado y la paliación de los enfermos oncológicos. Nuestro objetivo es describir el perfil de los pacientes con cáncer avanzado que han fallecido en el Servicio de Medicina Interna desde noviembre de 2009 hasta enero de 2012 y determinar el intervalo de tiempo desde que se aplicó el último ciclo de quimioterapia hasta el día en que se produjo la muerte.

MATERIAL Y MÉTODO

Diseño: Estudio observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo. Sujetos de estudio: Se seleccionaron todo los pacientes que habían fallecido en nuestro servicio desde noviembre de 2009 hasta enero de 2012, mediante la revisión de los informes de alta. Ámbito de estudio: Área de Gestión Sanitaria Serranía de Málaga. Las variables analizadas fueron sexo, edad, diagnóstico tumoral, tratamiento recibido, tiempo desde la última quimioterapia, complicaciones, seguimiento por el Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos (ESCP) y causa del éxitus. Se resumieron las variables cuantitativas mediante mediana, medias y desviación estándar y las cualitativas mediante frecuencias y porcentajes.

RESULTADOS

Fueron incluidos un total de 73 pacientes. De ellos, 50 (68.5%) eran varones. La edad media es de 68.2 ± 13.16 años. Los tumores más prevalentes fueron pulmón 18 (24.7%), colon 11 (15.1%), tumores digestivos: esófago, estómago, intestino delgado, páncreas, hígado 18 (24.7%), seguidos por los de mama, cerebrales, próstata, ginecológicos y hematológicos. Del total de pacientes analizados 27 (37%) recibieron quimioterapia y 15 (20.5%) radioterapia. La mediana para el intervalo de tiempo en días entre la última quimioterapia y la fecha del éxitus fue de 40 días. Un 24% de los que recibieron quimioterapia lo hicieron 10 días antes de su muerte, un 20% 30 días antes y un 52% 180 días antes. Un 66.6% presentó complicaciones tras la quimioterapia. De los que no recibieron quimioterapia 46 (63%), 24 (35.6%) murieron durante el ingreso del diagnóstico. Sólo un 13.7% del total de pacientes estuvo en seguimiento por el ESCP y las causas más frecuentes del éxitus fueron progresión tumoral 52%, infección 20.5% y un 8.2% complicaciones hemorrágicas.

DISCUSIÓN

La quimioterapia con intención paliativa es un tratamiento efectivo en numerosos cánceres avanzados. Sin embargo, sus efectos secundarios pueden ensombrecer el beneficio de la respuesta antitumoral. A la hora de valorar la indicación de este tratamiento es preciso conocer la sensibilidad del tumor al tratamiento, los efectos secundarios y el beneficio que se espera obtener: alivio de síntomas, mejoría de la calidad de vida, aumento de la supervivencia y reducción del volumen tumoral. También es necesario tener en cuenta el estado general y funcional del enfermo, el pronóstico, la sintomatología y su deseo en recibir un tratamiento oncológico. El objetivo es la paliación, lograr una adecuada calidad de vida con el consiguiente aumento o no de la supervivencia. Nunca debe sacrificarse calidad de vida por cantidad de vida sin calidad.

CONCLUSIONES

El perfil del paciente con cáncer avanzado que muere en nuestro servicio es varón con una edad media de 68 años con mayor prevalencia de cáncer de pulmón y de origen digestivo. De los que recibieron quimioterapia un porcentaje elevado lo hicieron pocos días antes de su muerte, lo que nos lleva a pensar que sería necesaria una revisión de la indicación de quimioterapia paliativa que se está realizando en nuestro servicio. Debemos individualizar el esquema terapéutico y seleccionar aquellos pacientes en los que es mayor la expectativa de beneficio por el efecto paliativo de la quimioterapia, sin olvidar el manifiesto deseo de los mismos.

V-10 FORMA DE PRESENTACIÓN DE LA PATOLOGÍA TIROIDEA EN LA COMARCA DE LA AXARQUÍA

L. Pérez Belmonte, M. Platero Sánchez-Escribano, F. Rodríguez Díaz, M. Martínez Delgado, V. Herrero García, M. Blanco Díaz, J. Constan Rodríguez, M. García Calvo

Servicio de Medicina Interna. Hospital Comarcal de la Axarquía. Torre del Mar-Vélez-Málaga (Málaga)

OBJETIVOS

Describir la forma de presentación de la patología tiroidea de los pacientes derivados a una consulta externa de Medicina Interna durante tres meses.

MATERIAL Y MÉTODO

Análisis descriptivo de las historias clínicas de los pacientes que consultaron en nuestras consultas en el último trimestre del año 2011, centrándonos en su forma de presentación. Los niveles normales de TSH se establecen entre 0,5-4 mU/l, de T4 entre 4,5 y 12,5ug/dl y T3 entre 80 y 200 ng/dl. Se definió la disfunción tiroidea subclínica como la presencia de niveles alterados de TSH pero normalidad de la T4 y T3.

RESULTADOS

Se han incluido un total de 269 pacientes con una edad media de 45 años (rango: 11-84) y un 86,6% de mujeres. La mayoría eran nacionales (91,4%), que vivían en localidades del interior de la comarca (64,7%). El 50,6% tenían hipotiroidismo, 37,9% eran hipertiroideos y 11,5% se mostraban como alteración subclínica. Atendiendo a la forma de presentación decir que el 26,02% se diagnosticó de forma casual por una determinación analítica, de los que el 72,86% son hipotiroideos y el 27,14% hipertiroideos. En el hipotiroidismo la

frecuencia de síntomas fue la siguiente, de mayor a menor: 36,9 % endocrinos (siendo el más frecuente la ganancia de peso), 22,1% psicológicos (trastornos ansioso-depresivos), 21,3% osteomusculares (astenia sobre todo), 17% digestivos (estreñimiento), 14,7% neurológicas (alteración ocular) y 11,9% otros. En el hipertiroidismo se forma de presentación fue: 66,7% síntomas endocrinos (pérdida de peso), 48% psicológicos (ansiedad), 45,3% cardiovasculares (palpitaciones), 39,2% neurológicas (temblor), 26,5% digestivas (diarrea), 23,5% osteomusculares (artromialgias) y 3,9% otras.

DISCUSIÓN

Como observamos las manifestaciones más frecuentes en ambos grupos son las endocrinas, siendo la variación del peso el dato más relevante, y pudiendo en algunos estudios llegar hasta el 85% de los pacientes. A estos síntomas le siguen las alteraciones psicológicas, sobre todo alteraciones del estado de ánimo; los trastornos osteomusculares, sobre todo astenia (más común en la hipofunción tiroidea); y las manifestaciones cardiovasculares, predominantemente palpitaciones (sobre todo en el hipertiroidismo). Los síntomas menos frecuentes en nuestro estudio son los respiratorios, siendo dentro de éstos el ronquido el más frecuente, sobre todo entre los hipotiroideos. La forma de presentación en nuestros pacientes es similar a la de otras series, aunque ésta puede ser variable, dependiendo sobre todo del nivel de hormonas tiroideas, la edad del paciente y la patología de base.

CONCLUSIONES

La patología tiroidea está entre los procesos más valorados en consulta externa de Medicina Interna de la mayoría de los hospitales comarcales por lo que conocer su forma de presentación es importante. Aunque sabemos que su sintomatología hace sospecharla frecuentemente, hay que tener en cuenta que hay un porcentaje nada desdeñable de patología tiroidea que no produce síntomas y se detecta en analíticas realizada para chequeos rutinarios, que según algunas series varía entre el 8 y el 38%, siendo la mayoría de ellos subclínicos. Esta alta variación de debe a la población estudiada interviniendo la edad del paciente y su comorbilidad, ya que una persona con mayor edad y patología de base tiene más predisposición a manifestar clínicamente alguna disfunción tiroidea.

V-11 ESTUDIO DESCRIPTIVO DEL NÓDULO TIROIDEO EN EL HOSPITAL COMARCAL DE LA AXARQUÍA

L. Pérez Belmonte, F. Rodríguez Díaz, M. Platero Sánchez-Escribano,
M. Martínez Delgado, M. Loring Caffarena, M. Blanco Díaz,
J. Constan Rodríguez, M. García Calvo

Servicio de Medicina Interna. Hospital Comarcal de la Axarquía. Torre del Mar-Vélez-Málaga (Málaga)

OBJETIVOS

Describir las características de pacientes con nódulos tiroideos (único o multinodular-dominante) detectados por ecografía que han acudido a la consulta de medicina interna en el último trimestre del año 2011.

MATERIAL Y MÉTODO

Análisis descriptivo de las historias clínicas de los pacientes que acudieron a nuestras consultas en el tiempo reseñado, determinando la presencia de nódulo tiroideo. Hemos analizado datos demográficos, características del nódulo, función tiroidea, resultados anatomopatológicos y gammagráficos y presentación clínica.

RESULTADOS

De un total de 269 pacientes, 116 (43,12%) presentaban nódulo tiroideo, con un tamaño medio de 1,55 cm (rango: 0,4-4,6cm). La edad media de estos pacientes fue de 50 años, el 94% mujeres y el 95,7% españoles. Las características del nódulo tiroideo se recogen en la tabla 1. El 44,4% de estos pacientes presentaban hipofunción tiroidea, un 34,4% hipertiroidismo y un 20,7% estaban eutiroideos. Se puncionaron, mediante punción aspiración con aguja fina (PAAF), 44 de los nódulos, con los siguientes resultados anatomopatológicos: 39 nódulos coloides, 1 adenoma de células de Hürthle, 1 adenoma simple, 1 nódulo quístico y 2 carcinomas papilares. La gammagrafía se le realizó al 39,7% mostrando hipercaptación el 78,3% (55,5% difusa; 36% focal; 8,5% parcheado), hipocaptación el 19,6% (44,4% difusa; 55,6% focal). De todos los pacientes el 26,7% referían como clínica crecimiento de la totalidad o parte de la glándula tiroidea.

DISCUSIÓN

La patología nodular tiroidea es un trastorno muy frecuente. En estudios realizados con ecografía en población general se han diagnosticado nódulos tiroideos entre un 20 y 76%. Los nódulos son más frecuentes en mujeres como se observa en nuestro estudio pudiendo llegar hasta un 95%. La presencia de

malignidad, afortunadamente es baja, no llegando al 5%. La ecografía tiroidea sigue siendo el método inicial para la valoración y seguimiento de los mismos y la PAAF la prueba diagnóstica de mayor rentabilidad. En nuestro estudio algunos pacientes no se realizaron la punción por tener nódulos muy pequeños (menores de 1cm) y no sugerentes de malignidad ecográfica ni gammagráficamente.

CONCLUSIONES

El nódulo tiroideo se muestra como una patología frecuente en nuestra labor clínica diaria, valorado fundamentalmente por ecografía y PAAF, quedando la gammagrafía para situaciones dudosas.

Tabla 1. Características del nódulo tiroideo (V-11)

CARACTERÍSTICAS NÓDULO TIROIDEO		%
Ecogenicidad	Hipo	46,7
	Hiper	19,7
	Mixto	25,8
	No recogido	7,8
Localización	LTI	37,9
	LTD	45,7
	Ambos	16,4
Calcificaciones	Micro	4,3
	Macro	12,1
	No presenta	49,4
	No recogido	33

V-12 SEROPREVALENCIA DE INFECCIÓN POR HELICOBACTER PYLORI EN PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA

A. Calzada Valle¹, B. Herrera Hueso¹, M. Martínez Risquez¹, M. Calero Bernal¹, J. Varela Aguilar¹, N. Respaldiza², V. Friaza², I. Mateos²

¹Servicio de Medicina Interna y CIBER de Epidemiología y Salud Pública, ²CIBER de Epidemiología y Salud Pública. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla

OBJETIVOS

La infección por Helicobacter pylori es una de las más frecuentes en el hombre, habiéndose asociado con diferentes enfermedades gástricas. Sin embargo, se ha encontrado también una elevada seroprevalencia de H. pylori en enfermedades extragastrointestinales como la enfermedad coronaria, la rosácea o enfermedades

pulmonares crónicas. En nuestra área existe muy poca información sobre la epidemiología de esta infección en enfermedades extradigestivas. El objetivo de este estudio fue obtener información sobre la seroprevalencia de infección por *H. pylori* en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).

MATERIAL Y MÉTODO

El estudio incluyó a 37 pacientes con EPOC y 46 controles. Se recogieron muestras de suero para su evaluación serológica. Todos los sueros fueron analizados mediante una técnica específica de enzimo-inmuno análisis (ELISA) comercial IgG (Enzygnost Anti-Helicobacter pylori II/IgG; Dade Behring, Marburg, Germany) de acuerdo con las instrucciones del fabricante. Los resultados fueron considerados positivos cuando la densidad óptica (DO) a 450 nm fue igual o superior a 0,500. Las muestras con una DO entre 0,200 y 0,500 fueron analizadas por una prueba específica de inmunofluorescencia indirecta (IFAT) IgG (Vitaltech Ibérica, Barcelona, España). Los resultados de IFAT fueron considerados positivos cuando existía fluorescencia a una dilución del suero problema mayor o igual a 1:32.

RESULTADOS

La seroprevalencia de anticuerpos anti-Helicobacter pylori fue del 78,4% (29/37) en pacientes con EPOC y el 61% (28/46) en los controles, sin diferencias con significación estadística ($p = 0,14$). En los pacientes con EPOC no se detectaron diferencias en la seroprevalencia por *H. pylori* asociadas a la edad, sexo, hábito tabáquico o a parámetros funcionales respiratorios (FEV 1%).

DISCUSIÓN

Algunos estudios sero-epidemiológicos, realizados fundamentalmente en países asiáticos, en los que también se evalúan un pequeño número de sujetos, han sugerido una posible asociación entre EPOC e infección por *H. pylori*. Las discrepancias con los hallazgos obtenidos en el presente estudio y en otros realizados en nuestro entorno podrían deberse a diferencias geográficas en la distribución de la infección por *H. pylori* o estar relacionados con la baja potencia estadística de los estudios.

CONCLUSIONES

El presente estudio muestra una elevada tasa de exposición a la infección por *H. pylori* entre pacientes con EPOC de nuestra área que es similar a la observada en la población general. La prevalencia de infección en pacientes con EPOC no se asoció con la edad, sexo, antecedentes de tabaquismo, ni estadio funcional de la enfermedad. Estos resultados sugieren que no existe relación entre EPOC e infección por *H. pylori*.

V-13 CONCORDANCIA DIAGNÓSTICA ENTRE EL SERVICIO DE URGENCIAS Y EL DE MEDICINA INTERNA EN PACIENTES GRAVES

A. Peláez Ballesta¹, L. Escobar Y Álvaro², J. Hernández Roca¹,
J. Jiménez González²

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Urgencias. Hospital Rafael Méndez. Lorca (Murcia)

OBJETIVOS

Conocer la concordancia diagnóstica de los pacientes graves atendidos e ingresados desde el servicio de Urgencias y el de Medicina Interna del Hospital Rafael Méndez de Lorca.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio observacional prospectivo de los pacientes graves (se consideró como tal a los que fueron trasladados a urgencias por una ambulancia de soporte vital avanzado) atendidos en el servicio de urgencias Lorca entre Junio de 2010 y Febrero de 2011, que son ingresados al servicio de Medicina interna del Hospital Rafael Méndez. El estudio abarca 70 casos que se agruparon en 9 categorías diagnósticas, de los que es estudió a demás, el sexo, la edad, y la hora de ingreso en urgencias. Se utilizó el test de la chi cuadrado de Pearson y el coeficiente de correlación Kappa.

RESULTADOS

El coeficiente de correlación Kappa entre Urgencias Hospitalarias respecto al Servicio de Medicina Interna es de 0,714 sobre 1, siendo los diagnósticos mas concordantes las convulsiones y los síndromes coronarios, con un 100%, seguidos de accidentes cerebrovasculares (80%), insuficiencia respiratoria (72%), traumatismos craneoencefálicos y síncope (ambos con 66'6%), el angor (64%) y los menos concordantes, los polifracturados con un 44,4%.

DISCUSIÓN

Según nuestros resultados, el sexo, la hora de llegada y la edad no están relacionados con el error diagnóstico, hecho que ocurre en otros trabajos similares. En cuanto a los diferentes grupos diagnósticos, se han publicado diversos estudios que relacionan el error con una amplia variedad de diagnósticos, pero sin llegar a ser coincidentes. En cuanto al motivo de error, la causa principal es una valoración clínica errónea, resultados coincidentes con otros estudios similares. La segunda causa radica en una mala interpretación de las pruebas complementarias, en general radiológicas.

CONCLUSIONES

El grado de correlación entre urgencias hospitalarias y M. Interna es adecuado aunque mejorable desde nuestro punto de vista. Los grupos de diagnósticos de polifracturados y fracturas únicas son los que hacen bajar la concordancia debido a la importancia de la correcta interpretación radiológica en estos diagnósticos. Consideramos una valoración clínica y radiológica sistemática y detenida pudiera mejorar el acierto diagnóstico. La combinación de profesionales clínicamente experimentados con un mayor tiempo de asistencia por paciente y la disminución de la saturación actual de los servicios de urgencias podrían contribuir a mejorar la concordancia diagnóstica.

V-14 ATENCIÓN INTEGRAL DE PACIENTES AL FINAL DE LA VIDA

E. Segura Fernández, F. González Moreno, S. Wbanet Batista,
E. Cabrero Bestué, M. Rabanillo Pérez

Unidad de Gestión Clínica de Medicina Interna. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz

OBJETIVOS

Describir la presencia de ansiedad, depresión, dolor, disnea y la percepción del paso del tiempo del paciente.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo retrospectivo en una muestra de 53 pacientes durante el período de enero a noviembre de 2011. Toda la muestra presenta sintomatología física (dolor y/o disnea) y psicológica (ansiedad y/o depresión). Se consideró la escala numérica para describir la intensidad de los síntomas, donde la puntuación 0 es igual a ausencia del síntoma y la puntuación 10 es igual a la mayor intensidad del síntoma.

RESULTADOS

De los 53 pacientes el 9,5% (5) presentaba ansiedad con EN>5, el 13,2% (7) depresión con EN>5, el 11,3% (6) ansiedad más depresión con EN>5 en ambos y el 30,2% (16) presentaba ansiedad más depresión con valores EN>5 en alguno de ellos. Sobre la percepción del paso del tiempo, al preguntar ¿cómo se le hace el paso del tiempo? ningún paciente respondió corto, el 69,8% (37) respondió largo y el 30,2% (16) respondió de otra forma siendo sólo 2 pacientes de este grupo contestar no preocuparle. En cuanto a sintomatología física el 49% (26) presentaba una puntuación EN>5 en dolor y disnea, de los cuales el 16,9% (9) presentaba disnea con EN>5, el 20,8% (11) presentaba dolor con EN>5 y el 11,3% (6) dolor más disnea con EN>5.

DISCUSIÓN

Es conocida la conveniencia de atención a las necesidades no sólo físicas del ser humano cuando éste se enfrenta al final de la vida. En nuestra pequeña muestra observamos con cierta frecuencia dimensiones psicológicas como ansiedad y depresión acompañando a la sintomatología habitual.

CONCLUSIONES

La atención integral de pacientes al final de la vida requiere ocuparse de dimensiones no solamente físicas que pueden influir en el paciente sobre su percepción de la confortabilidad.

V-15 EXPLORACIÓN DE NECESIDADES ESPIRITUALES EN LA ATENCIÓN DEL FINAL DE LA VIDA EN PACIENTES SINTOMÁTICOS

E. Segura Fernández, F. González Moreno, E. Cabrero Bestue,
S. Wbanet Batista, M. Rabanillo Pérez

Unidad de Gestión Clínica de Medicina Interna-Cuidados Paliativos. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz

OBJETIVOS

Describir el sentido de la vida y la sensación de paz y perdón en pacientes que consultaban por síntomas físicos molestos: dolor y disnea.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio observacional y prospectivo en una muestra de 53 pacientes durante el período de enero a noviembre de 2011. Toda la muestra presenta sintomatología física (dolor y/o disnea moderada o severa utilizando una escala numérica EN, donde las puntuaciones entre 0 y 3 es igual a intensidad leve del síntoma, de 4 a 6 intensidad moderada y de 7 a 10 intensidad severa). A todos ellos se preguntó por el sentido de la vida y la sensación de paz/perdón utilizando la Escala de San Diego de Evaluación del Bienestar y Necesidades Espirituales.

RESULTADOS

De 53 pacientes se obtuvieron 32 respuestas y se consideró que en 21 casos no procedía la intervención por deterioro cognitivo. En la dimensión Sentido el 68,7% consideró que la vida está llena de sentido, el 21,9% se sentían motivados y el 3,1% que la vida no tenía sentido. En la dimensión Paz/Perdón el 50% sentía reconciliación y paz consigo mismo y con los demás, el 31,2% sin temas importantes sin resolver en su vida y el 3,1% con sensación intensa de falta de paz y perdón.

DISCUSIÓN

El malestar físico podría alterar la percepción de otras dimensiones del ser humano de naturaleza más espiritual. En nuestra pequeña muestra no hemos observado esa precondition.

CONCLUSIONES

En nuestra muestra muy pocos pacientes tienen sensación intensa de falta de paz y perdón, habiendo por el contrario una proporción importante de pacientes que encuentran sentido a la vida a pesar de estar viviendo un mal momento desde el punto de vista físico.

V-16 PLURIPATOLOGÍA EN UNA PLANTA DE MEDICINA INTERNA

S. López Cárdenas, C. Bocanegra Muñoz, D. Marín Dueñas,

B. Esquitino del Río, P. Villanueva Rodríguez, P. Gallego Puerto

Unidad de Gestión Clínica del Servicio de Medicina Interna. Hospital de Especialidades de Jerez de la Frontera. Cádiz

OBJETIVOS

Analizar los datos clínico-epidemiológicos de los pacientes ingresados en una unidad de Medicina Interna de mayo de 2011 a abril de 2012.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realiza un estudio descriptivo prospectivo de los pacientes pluripatológicos que ingresan en una Unidad de Medicina Interna desde 1 mayo de 2011 hasta 1 de abril de 2012 en base a las historias clínicas, mediante el paquete estadístico SPSS 19.0 para Windows.

RESULTADOS

De los 1839 ingresos que recibimos en este periodo de tiempo, incluyendo en ellos pacientes que fallecieron antes de ser valorados por primera vez y aquellos ingresos mal orientados desde urgencias, 261 pacientes cumplían los criterios establecidos como pacientes pluripatológicos, un 14,15 %. La edad media fue de 76 años (rango 38-97), siendo 142 hombres (54,4%) y 119 mujeres (45,6%). Del total de pacientes, 40 precisaron reingreso (15,4%). De categoría A existían un total de 219 pacientes (83,9%), de los cuales 205 padecían insuficiencia cardiaca (93,6%) y 34 cardiopatía isquémica (15,5%). De categoría B existían 146 pacientes, de los cuales 9 tenían enfermedad crónica osteoarticular (6,1%), 2 vasculitis y/o conectivopatías (1,4%) y 140 enfermedad renal crónica (95,9%). De categoría C habían un total de 100 pacientes (38,3%), de los cuales 97 presentaban enfermedad pulmonar crónica (97%) y 10 Cor pulmonale (10%).

De categoría C existían 12 pacientes (4,6%), de los que 1 padecía enfermedad inflamatoria intestinal (8,3%) y 11 hepatopatía crónica sintomática (91,7%). De categoría E habían 24 pacientes (9,2%), todos ellos con enfermedad neurológica con déficit. De categoría F, 76 pacientes (29,1%), de los que 19 presentaban arteriopatía periférica sintomática (25%) y 64 diabetes mellitus con repercusión visceral (84,2%). De categoría G había 26 pacientes (10%), de los cuales, 15 presentaban alguna enfermedad hematológica no subsidiaria de tratamiento específico (57,7%) y 11 alguna enfermedad oncológica activa no subsidiaria de tratamiento (42,3%).

DISCUSIÓN

Un bajo porcentaje de los pacientes ingresados en nuestra Unidad de Medicina Interna cumplían estos criterios. La patología más frecuente que está presente en estos pacientes es de categoría A, B y C, siendo la insuficiencia cardiaca la más prevalente, seguida de la insuficiencia renal crónica y la enfermedad pulmonar crónica.

CONCLUSIONES

A pesar de la creencia que los pacientes pluripatológicos son mayoritarios en nuestra práctica clínica, nuestro estudio pone de manifiesto que realmente sólo menos del 15 % cumplen realmente los criterios de pluripatología establecidos por el SAS en sus protocolos. Esto supone o bien que realmente debemos ser menos exigentes en los criterios de inclusión de los mismos o definir más claramente estos mismos para hacer menos subjetiva la definición de los pacientes dentro de lo mismo.

V-17 ENFERMEROS Y MÉDICOS VALORAN DE MODO DIFERENTE LOS RIESGOS DE EVENTOS ADVERSOS CON CATÉTERES INTRAVENOSOS

P. Rodríguez Torres¹, M. Martínez Rísquez¹, M. Marín-Cabañas²,
J. Moreno Machuca³, E. Calderón Sandubete¹, R. Carrión Camacho¹,
Grupo Aetsa de Guía de Terapia Intravenosa¹

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla

²Servicio de Neurología, ³Servicio de Cirugía cardiovascular. Complejo Hospitalario Nuestra Señora de Valme. Sevilla

OBJETIVOS

Con el incremento de preocupación sobre la seguridad de la asistencia, la planificación de intervenciones, exige considerar los riesgos que conlleva, tanto para informar a los pacientes, como para la toma de decisiones sobre la actuación

a realizar. En la elaboración de una guía sobre terapia IV por el método GRADE se exige una explicitación de la relevancia que los autores le dan a los posibles eventos adversos debidos a la intervención. Ello tiene especial importancia para informar a los pacientes sobre eventuales eventos adversos y conseguir su colaboración. Sin embargo hay pocos estudios sobre como los profesionales perciben el riesgo de sus intervenciones.

MATERIAL Y MÉTODO

Los 17 autores de la guía votaron de modo independiente en una escala de 1 a 9 la relevancia clínica que se le daba a una lista de 21 posibles eventos adversos derivados de la canalización de una vía venosa central. El análisis de resultados se recoge según la profesión de los autores, enfermeros frente a médicos, con la mediana de la votación de cada grupo profesional y la global de todos los autores.

RESULTADOS

En la tabla 1 se observa que para 11 factores ambos grupos profesionales puntuaban de modo diferente, a sendos lados de la mediana, de los que en 7 complicaciones los médicos las consideraban mas relevantes (éxitus, cirugía secundaria a complicación, laceración mayor, sepsis por catéter, perdidas de vía, rotura de cánula e irritación local) mientras que en 4 las enfermeras las consideraban diferencialmente mas relevantes que los médicos (flebitis, dolor local, extravasación y hematomas).

DISCUSIÓN

Los datos apoyan estudios previos de que las actitudes de los profesionales sobre riesgos objetivos de intervenciones sanitarias esta sometido a diversas influencias que van desde los años de profesión al nivel educativo. Por otra parte parece que tener cierto control sobre la actuación hace que se perciba el riesgo de una manera menor, lo cual puede explicar la actitud de la enfermería sobre las canalizaciones de vías venosas.

CONCLUSIONES

Al ser la percepción de riesgo de las intervenciones poco relacionada con la relevancia objetiva de las mismas, puede ser que la información a los pacientes y las precauciones para aumentar la seguridad de las intervenciones se vean afectadas por las actitudes ante el riesgo.

Tabla de relevancia de los 7 desenlaces en los que se hallaron mayores diferencias (V-17)

TIPO DE COMPLICACIÓN	MEDIANA MÉDICOS	MEDIANA ENFERMEROS	MEDIANA GLOBAL
EXITUS	9	4	7
CIRUGÍA SECUNDARIA A COMPLICACIÓN	8	4	5
FLEBITIS	6	8	7
OBSTRUCCIÓN	6	3	3
TROMBOSIS CENTRAL	8	5	5
SEPSIS POR CATÉTER	7	5	6
DOLOR	6	8	7

V-18 REVISTAS Y TEMAS EXPUESTOS DURANTE LA SESIÓN BIBLIOGRÁFICA EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DE UN HOSPITAL GENERAL

S. Domingo Roa, P. Sánchez López, B. Hernández Sierra, N. Marín Gómez, M. Esteban Moreno, C. Maldonado Úbeda, A. García Peña, G. López Lloret
Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Torrecárdenas. Almería

OBJETIVOS

Analizar los temas que fueron seleccionados en las sesiones bibliográficas realizadas en el servicio de Medicina Interna del Complejo Hospitalario de Torrecárdenas durante los 3 últimos años. Así mismo, identificar las materias y revistas que resultaron de mayor interés en nuestro servicio.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo prospectivo con recogida de las revistas y temáticas seleccionadas tanto por médicos adjuntos del servicio de Medicina Interna como residentes (incluidos rotantes por el servicio) para su exposición en las sesiones bibliográficas realizadas semanalmente. Se escogió el periodo comprendido desde enero 2009 hasta diciembre 2011 y tras su análisis detectamos los contenidos que despertaban más interés y revistas consultadas con mayor frecuencia.

RESULTADOS

Durante los 3 años analizados se expusieron 208 artículos. De ellos, 100 (48%) pertenecían a la revista NEJM (New England Journal of Medicine), 20 (9.6%) a Medicina Clínica, 19 (9%) a Revista clínica Española, 14 (6.7%) a The Lancet, 6 (2.95) a JAMA (Journal of the American Medical Association) y 49 (23.6%) a

otras diversas. Respecto a las áreas específicas: 58 (27.4%) eran artículos de FARMACOTERAPIA, 56 (27%) de enfermedades CARDIOVASCULARES (5.7% FRCV, 4.8% anticoagulación, 3.4% cardiopatía isquémica, 3% intervencionismo, 1.9% arritmias, 1.9% insuficiencia cardiaca, 0.5% valvulopatías y 5.8% otras), 36 (17%) de temática INFECCIOSA (4% VIH, 3.9% infección respiratoria/Tuberculosis, 3.5% bacteriemia/Sepsis y 5.6% miscelánea), 15 (7.2%) de NEUROLOGÍA (2.4% demencia, 2% ictus, 2.8% otras), 14 (6.7%) NEUMOLOGÍA (4.3% EPOC, 1.4% neoplasia de pulmón, 1% otros), 12 (5.8%) de GESTIÓN y 9 (4.3%) de CUIDADOS PALIATIVOS. Finalmente, 4 (2%) sobre enfermedades AUTOINMUNES, 2 (1%) de DIGESTIVO y 1 (0.5%) de NEFROUROLOGÍA. El 73% de los artículos comentados habían sido publicados hacía menos de un mes.

DISCUSIÓN

Las publicaciones planteadas en las sesiones bibliográficas de nuestro servicio fueron mayoritariamente sobre Farmacoterapia (27.4%) y enfermedades Cardiovasculares (27%), seguido de la temática Infecciosa (17%). La revista más consultada por el personal médico durante estas sesiones fue NEJM (100 artículos, 48%). Los artículos expuestos suelen ser muy vigentes, ya que el 73% de ellos fueron publicados hacía menos de un mes.

V-19 UTILIDAD DE LA ECOGRAFÍA DE BOLSILLO EN PARACENTESIS Y TORACOCENTESIS EN MEDICINA INTERNA Y NEUMOLOGÍA

G. López Lloret

Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Torrecárdenas. Almería

OBJETIVOS

Dar a conocer el número de paracentesis y toracocentesis realizadas en un servicio de Medicina Interna y Neumología en el periodo de 18 meses utilizando para ello un aparato de ecografía de bolsillo, a pie de cama, y enumerar las posibles complicaciones.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio prospectivo realizado durante 18 meses consecutivos realizado por residentes de medicina interna en un total de 127 pacientes ingresados en los servicios de Medicina Interna y Neumología. Como ecógrafo se utilizó el modelo V-SCAN para guiar los procedimientos diagnósticos y terapéuticos. De los 127 pacientes, 37 pacientes son sometidos a paracentesis diagnóstica y terapéutica y el resto a toracocentesis.

RESULTADOS

El 30 % de los pacientes (37 paracentesis), no sufren ninguna complicación y el 70 % restante (n=90), tampoco sufren complicación alguna después de haber realizado el procedimiento guiado mediante el dispositivo V-SCAN.

DISCUSIÓN

La miniaturización de las nuevas tecnologías, el descubrimiento de nuevos conductores ha permitido disminuir el coste de aparatos de imagen. Eso ha generado que diferentes profesionales, con la formación adecuada, puedan disponer fácilmente de este recurso para la ayuda en sus pruebas diagnósticas y terapéuticas en día a día así como "a pie de cama"

V-20 NUESTRA EXPERIENCIA CON LA HIPERCALCEMIA

M. Collado Pérez, F. Carmona Espinazo, B. López Alonso, E. Segura Fernández, M. Martín Zamorano, A. Mogollo Galván

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz

OBJETIVOS

1. Contabilizar los casos que hemos tenido en nuestro Servicio en el periodo de cuatro años y medio. 2. Ver qué síntomas se relacionan con la hipercalcemia 3. Estudiar que perfil tenían los pacientes diagnosticados de hipercalcemia en nuestra unidad en cuanto al tipo de tumor y localización 4. Ver cuántos de estos episodios se han tratado. 5. De los episodios tratados averiguar cuántos se han seguido de alivio sintomático. 6. Buscar cuantos pacientes fallecieron en las cuatro semanas siguientes, a pesar de haber sido tratados.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio retrospectivo observacional donde se estudian las historias clínicas de todos los pacientes que tuvieron hipercalcemia corregida a (>11 mg/dl) durante su ingreso en la Unidad de Cuidados Paliativos en el periodo comprendido entre enero de 2007 y febrero 2012. En todos ellos se estudiaron: edad, sexo, tipo de tumor primario, existencia o no de metástasis, y dentro de ellas las óseas. Síntomas que motivaron el ingreso. Determinación de analítica durante su ingreso. Nivel de hipercalcemia. Síntomas atribuidos inicialmente a la hipercalcemia. Tratamiento establecido (hidratación, bifosfonatos, diuréticos, corticoides, calcitonina). Respuesta clínica (considerada esta como mejoría persistente de los síntomas atribuidos inicialmente a la hipercalcemia) Respuesta analítica a dicho tratamiento. Alta del episodio (si a domicilio o exitus) y tiempo transcurrido entre tratamiento y alta. Los datos se recogieron en una base de datos SPSS 15.0 y fueron analizados, obteniéndose los siguientes resultados.

RESULTADOS

Obtuvimos un total de 34 casos (4% del total de los pacientes atendidos en nuestra Unidad) en el tiempo de estudio. La mediana de edad de estos pacientes era de 72 años, de los cuales el 59% son hombres y el 41% mujeres. El tipo de tumor más frecuente son los digestivos (30%, n=10), seguido de pulmón (21%). Neoplasia de mama y próstata (15 y 12 % respectivamente). Un 24% presentaba otra neoplasia primaria (se mostraran en tabla). 27 pacientes (79%) presentaban metástasis y de ellos sólo 12 presentaban afectación ósea (35%). Entre los síntomas que motivaron el ingreso se encontraban: principalmente delirium (n=13, 38%) seguido de dolor (12%). Sólo un paciente ingresó por nauseas/vómitos y otro por disnea. 11 de ellos (32%) debutaron con otro síntoma diferente (se mostraran en tabla). Niveles medios de calcio medidos al ingreso en estos pacientes fueron de 13 mg/dl. Finalmente, los síntomas que se atribuyeron a la hipercalcemia fueron principalmente delirium (74%) seguido de náuseas, vómitos (9%) y otros síntomas diferentes (27%) (Que se mostraran en tabla). El 100% de lo pacientes recibió tratamiento: el 100% fue hidratado mediante sueroterapia intensiva (>3000cc/24h). El 62% recibió bifosfonatos. Sólo el 27% recibió diuréticos y el 9% calcitonina. El 44% de nuestros pacientes, presentó mejoría analítica, no pasó así con la clínica donde sólo el 35% respondía con mejoría persistente. Al alta, el 77% falleció y el 23% restante regresó a su domicilio. El tiempo medio transcurrido entre el tratamiento y el alta (a domicilio o exitus) fue de nueve días.

CONCLUSIONES

La hipercalcemia es una complicación grave, no demasiado frecuente, de los pacientes oncológicos en fase de Cuidados Paliativos. El síntoma que más se relaciono con la hipercalcemia en nuestros pacientes fue el delirium. La mayoría de los pacientes afectos de esta patología eran hombres diagnosticado de tumores digestivos. El tener metástasis óseas, no es condición importante en nuestra serie, para presentar hipercalcemia tumoral. Todo paciente que ingresa recibió tratamiento con hidratación y más de la mitad con bifosfonatos, independientemente del síntoma por el que ingresa. Menos de la mitad de los pacientes presentaron mejoría sintomática después de ser tratados, aunque una gran proporción de ellos mejoraron analíticamente, al igual que otros en los que no se observó mejoría clínica. A pesar del tratamiento, la mortalidad fue muy elevada en un corto espacio de tiempo (menos de un mes).

V-21 PROCEDIMIENTO DIAGNÓSTICO DE LAS LOES CEREBRALES SIN NEOPLASIA PRIMARIA CONOCIDA EN NUESTRO MEDIO

L. Vela Manzano, C. Collado Pérez, E. López Tinoco, C. Rodríguez Leal, I. Tinoco Racero

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz

OBJETIVOS

Analizar el procedimiento diagnóstico realizado a los pacientes con hallazgo de lesión ocupante de espacio (LOE) cerebral, sin clínica sistémica que oriente a un tumor primario de otra localización, en nuestro medio.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio retrospectivo realizado a partir de pacientes ingresados, desde el Servicio de Urgencias, en el Hospital Universitario de Puerta del Mar (Cádiz) en los últimos dos años, en los Servicios de Medicina Interna, Neurocirugía y Neurología, con hallazgo de LOE cerebral. En la base de datos se recogían 40 pacientes, de los cuales se han excluido a los que presentaban neoplasia primaria conocida, asumiendo que la LOE correspondía con metástasis de la misma.

RESULTADOS

De los 40 pacientes de la base de datos, fueron excluidos 15 pacientes. La edad media de presentación fue de 52 años, el 68% (n=17) fueron varones. La media de días de ingreso fue de 18 días. De los analizados, 17 pacientes no presentaban factores de riesgo, el resto eran fumadores y/o bebedores. La principal clínica al ingreso era focalidad neurológica (40%) o más de un síntoma (40%), otros síntomas como cefalea se dieron en el 16% de los pacientes y crisis comiciales en un 4%. En el 96% y 88% de los pacientes la analítica y radiografía de tórax respectivamente fueron normales. El TAC craneal y la RMN cerebral fueron patológicos en el 100% de los casos. El 76% presentaron marcadores tumorales negativos. El TAC de tórax fue normal en el 32%, pero no fue realizado en el 48%. El 40% de los pacientes tenían TAC abdominal normal y no se realizó en el 56%. La ecografía abdominal fue normal en el 36%, aunque en el resto no se realizó. En torno al 84% no se realizó ninguna otra prueba complementaria, realizándose tan solo en el 16% restante (mamografía, gammagrafía ósea, estudio digestivo, fibrobroncoscopia). En el 50% de los pacientes el diagnóstico de presunción fue de neoplasia primaria cerebral, y el otro 50% fue de metástasis sin antecedente de neoplasia primaria conocida. De todos ellos al 56% se le realizó biopsia cerebral, con los resultados de 58% tumor primario del SNC de diferentes estirpes histológicas, 35% metástasis y 7% de origen vascular. El

100% de los biopsiados, no presentaron ninguna complicación relacionada con la técnica. Sólo el 4% de los pacientes precisó tratamiento anticonvulsionante, y el 64% recibieron tratamiento corticoideo. Tras el diagnóstico, el 32% recibió radioterapia, el 16% recibió tratamiento concomitante con radioterapia y quimioterapia, el resto recibió otro tratamiento (cirugía, antiretrovirales, hormonoterapia). El 32% de los pacientes fallecieron, con una media de 77 días entre el ingreso y el exitus. De los fallecidos, el 62.5% eran pacientes con diagnóstico de metástasis cerebrales.

DISCUSIÓN

La presentación de síntomas neurológicos en pacientes con una lesión cerebral en ausencia de neoplasia primaria conocida, no es poco frecuente en la práctica clínica. La evaluación inicial de estos pacientes incluye principalmente el diagnóstico por imágenes seguido de la biopsia cerebral. Sin embargo no hay una sistemática de estudio bien definida para la evaluación y gestión de estos pacientes. Los pacientes con una masa cerebral recientemente detectada y sin antecedentes de cáncer a menudo son sometidos a extensas pruebas de diagnóstico en busca de una neoplasia primaria sistémica antes de la realización de una biopsia cerebral.

CONCLUSIONES

En nuestro medio, tras obtener un alto porcentaje de pacientes diagnosticados de tumor primario del SNC con estudio de extensión negativo para tumor primario en otra localización o metástasis, concluimos que si presentan una analítica, incluyendo perfil hepático, y una radiografía de tórax sin hallazgos, puede ser rentable realizar directamente una RMN y biopsia cerebral para llegar al diagnóstico. A pesar de que la biopsia cerebral se trate de una técnica invasiva, los pacientes no presentaron complicaciones relacionadas con la misma.

V-22 DIAGNÓSTICO DE NEOPLASIA EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DE UN HOSPITAL GENERAL

C. Maldonado Úbeda, A. García Peña, G. López Lloret, G. Parra García, P. Sánchez López, S. Domingo Roa, B. Hernández Sierra, F. Díez García
Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Torrecárdenas. Almería

OBJETIVOS

Analizar los pacientes diagnosticados al alta de neoplasia que fueron ingresados por cualquier causa a cargo del servicio de Medicina Interna del Complejo Hospitalario de Torrecárdenas durante los 3 últimos años.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio retrospectivo donde se reclutaron a pacientes hospitalizados a cargo de Medicina Interna durante 3 años (desde enero 2009 hasta diciembre 2011). Durante este periodo se incluyeron a 1.500 pacientes, que siendo ingresados por algún síntoma asociado o cualquier otra causa, fueron diagnosticados al alta de una neoplasia no conocida previamente. Se analizaron las variables epidemiológicas básicas y el tipo de tumor que con mayor frecuencia fue descrito en estos pacientes. Los datos se analizaron en la base de datos SPSS 17.

RESULTADOS

De un total de 1500 enfermos, se diagnosticaron de algún tipo de neoplasia a 175 (11.8%) y de éstos, 71 pacientes (40%) presentaban metástasis a su diagnóstico. Respecto al sexo, 112 (64%) eran varones y 63 (36%) mujeres, con una edad media de 76 años (+/- 16 años). El 50% de los casos era mayor de 65 años, el 40% tenían entre 65 y 50 años y el 10% era menor de 50 años de edad. La neoplasia más diagnosticada fue la pulmonar con 38 casos (21.7%) y en segundo lugar las neoplasias hematológicas: 32 (18.3%) linfomas y 16 (9%) mielomas. Le siguieron en frecuencia: colon 14 (8%), vejiga 13 (7.4%), mama 8 (4.6%), riñón 7 (4%), estómago 6 (3.4%), hígado 5 (2.9%), ginecológico 4 (2.3%), próstata 3 (1.7%), páncreas 1 (0.6%) y miscelánea 18 (10.3%). En 10 casos (5.75%) se diagnosticó una neoplasia oculta (metástasis con tumor primario desconocido) y en 33 pacientes (19%) era el segundo tumor primario diagnosticado.

CONCLUSIONES

Es relativamente habitual diagnosticar una neoplasia en un servicio de Medicina Interna, hallándose en el 11.8% de nuestros ingresos en los últimos 3 años. Es más frecuente en hombres y en mayores de 65 años. Las neoplasias hematológicas son las más diagnosticadas (linfomas y mielomas: 27,3%), seguido muy de cerca de la neoplasia pulmonar (21.7%). En el 5.75% se diagnosticó una neoplasia oculta y en el 19% de los pacientes era el segundo tumor primario diagnosticado.

V-23 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE UNA COHORTE DE PACIENTES CONSULTADOS A CUIDADOS PALIATIVOS EN UN HOSPITAL REGIONAL

C. Peñas Espinar¹, J. Boceta Osuna², J. Royo Aguado², M. Macías Barrera¹, M. Cano Guzmán¹

¹Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Regional Virgen Macarena. Sevilla

²Unidad de Cuidados Paliativos. Hospital San Lázaro. Sevilla

OBJETIVOS

Analizar las características clínicas de los pacientes atendidos por el Equipo de Soporte Hospitalario de Cuidados Paliativos (CP).

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo de los pacientes atendidos en un hospital regional por el Equipo de Soporte Hospitalario de CP desde Marzo/09 hasta Marzo/11.

RESULTADOS

Se incluyeron 543 pacientes, el 62'2% hombres. La edad media fue 69,29 años (desviación típica 14,104). Los servicios que los remitieron fueron: Medicina Interna 32'5% (165), Oncología 29'4% (149), otras especialidades médicas 20'9% (106), especialidades quirúrgicas 13% (66), Unidad de CP 3'6% (18). De los pacientes atendidos, 137 (26'1%) fallecieron durante el ingreso. Los demás fueron derivados al alta a: 158 (30'1%) a la planta de CP, 145 (27'6%) a los Equipos de Soporte Domiciliario de CP, 32 (6'1%) a otros hospitales y 53 (10'1%) a su domicilio. Eran oncológicos el 88'9% (n=399), y el tipo de tumor fue: gastrointestinal 31'7%, ginecológico 8'1%, mama 4'3%, cabeza y cuello 8'9%, genitourinario 10'8%, broncopulmonar 24'8% y otros 11'4%. En los no oncológicos (n=56) la patología que condicionaba la situación avanzada o terminal fue: cardíaca 13'4%, respiratoria 10'6%, renal 1'5%, neurológica 24'2%, hepática 9'1%, infecciosa 9'1%, pluripatológicos 21'2%, otros 10'6%. Los síntomas más frecuentes en la valoración inicial fueron: dolor 55% (n=271), disnea 42'6% (n=176), estreñimiento 24'3% (n=101), insomnio 23'4% (n=97), delirium 24'3% (n=89) y deterioro cognitivo 18'3% (n=77). Los síntomas refractarios por los que se indicó la sedación paliativa fueron: disnea 41'1% (n=37), delirium 15'6% (n=14), delirium y disnea 14'4% (n=13), dolor y delirium 8'9% (n=8), dolor 5'6% (n=5), sufrimiento psicológico 4'4% (n=4). En cuanto al dolor, el 43'3% era tipo visceral, 26'9% de características mecánicas, 8'2% neuropático y 21'7% mixto, localizándose en abdomen 43'9%, raquis 13'7%, miembros 12'7%, tórax 11'7% y un 9'3% en cabeza- cuello. Un 8'8% presentaban dolor en varias localizaciones.

DISCUSIÓN

La mayoría de los pacientes consultados a CP en el hospital son oncológicos con tumores gastrointestinales y broncopulmonares. El escaso porcentaje de inclusión de pacientes terminales no oncológicos es similar al de la mayoría de las series publicadas, que apuntan a la necesidad de aumentar la accesibilidad de los recursos avanzados de CP a estos pacientes. El dolor es el síntoma más frecuente. En la mayoría tiene características viscerales y se localiza en abdomen, probablemente debido a que la enfermedad oncológica en más de

la mitad de los pacientes es gastrointestinal, genitourinaria o ginecológica. La disnea es el síntoma que con mayor frecuencia se vuelve refractario y requiere sedación paliativa, con más frecuencia que el dolor. Este dato es coherente con otras series publicadas y apunta a un adecuado tratamiento del dolor en los pacientes de CP. Ante la disnea en el paciente terminal hospitalizado deberíamos considerar el abordar anticipadamente el consentimiento informado para sedación paliativa, dada la probabilidad de que se haga refractaria.

V-24 ANÁLISIS DE SEDACIONES PALIATIVAS REALIZADAS EN UN HOSPITAL REGIONAL CON EQUIPO DE SOPORTE DE CUIDADOS PALIATIVOS

C. Peñas Espinar¹, J. Boceta Osuna², M. Fernández Díaz¹, J. Royo Aguado²

¹*Servicio de Medicina interna. Complejo Hospitalario Regional Virgen Macarena. Sevilla*

²*Unidad de Cuidados Paliativos. Hospital San Lázaro. Sevilla*

OBJETIVOS

Describir las sedaciones realizadas en el Hospital Universitario Virgen Macarena (HUVVM) en los dos primeros años tras la puesta en marcha de su Unidad de Cuidados Paliativos (UCP). Analizar las sedaciones realizadas según las recomendaciones de la 2ª edición del protocolo de sedaciones del HUVVM, el cual recomienda midazolam (MDZ) como fármaco de elección en todas las sedaciones, incluidas aquellas cuya indicación sea el delirium refractario.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio longitudinal descriptivo de las sedaciones realizadas en el HVM desde Marzo/09 a Marzo/11.

RESULTADOS

Se analizaron 543, se incluyeron 84 que recibieron sedación paliativa según protocolo. La media de días desde la 1ª visita de CP hasta que se inició la sedación fue 3'62 (desviación típica 4'97, mínimo 1 y máximo 24). La duración media de la sedación fue de 59'3 horas (2 ½ días), (desviación típica 73'94, mínimo 1h y máximo 384h). Indicó la sedación el médico de CP en 51'3% (n=41), Oncología Médica 21'3% (n=17), Medicina Interna 15% (n=12), especialidades médicas 8'8% (n=7) y quirúrgicas 3'8% (n=3). El 56'3% de los pacientes (n=36) estaba en fase agónica (Criterios de Menten>3). La profundidad de la sedación fue: profunda (Ramsay IV-VI) en 87'1% (n=61) y superficial (Ramsay < IV) el 12'9% (n=9). Su tipología según continuidad se registró en 72 casos (85'71%):

el 69'4% fueron continuas (n=50) y el 30'6% intermitentes (n=22). Los síntomas refractarios por los que se indicó la sedación fueron: disnea 55.5% (n=50), delirium 38.9% (n=34), dolor 14.5% (n=13) y sufrimiento psicológico 4.4% (n=4). 21 de estos pacientes tenían más de un síntoma refractario. El fármaco utilizado inicialmente para la sedación fue MDZ en el 93'8% (n=75), levomepromacina 4'7% (n=4) y otros fármacos 1'43% (n=1). En el 71'42% se logró un buen control del síntoma refractario con el fármaco inicial. En 24 (28'57%) de las 84 sedaciones realizadas hubo que hacer algún tipo de cambio en la sedación: 5 (20'83%) se cambio la intensidad de superficial a profunda y 13 (54'16%) el cambio consistió en el tipo de sedación de intermitente a continua. En los casos de delirium refractario (n=34) se inició MDZ en 30 pacientes, logrando un buen control del síntoma refractario en 23 (76'66%), requiriendo 7 (23'33%) un cambio de sedación. Se inició un neuroléptico sedativo (levomepromazina o clorpromacina) en 4 pacientes, en todos hubo que hacer un cambio de sedación (en dos se aumento la dosis del fármaco y en los otras dos se cambió a MDZ).

DISCUSIÓN

La mayoría de las sedaciones se realizaron en el primer día de valoración del ESCP-H, dejando poco margen para trabajar la comunicación y atención integral de necesidades. Quizás una atención precoz por parte de la Unidad de CP a este tipo de pacientes conlleve un aumento en la calidad en su atención. La duración media de las sedaciones fue de dos días y medio, similar a otras series publicadas. La mayoría de las sedaciones las indicó el médico de CP y se iniciaron en situación agónica. La disnea refractaria fue la causa más frecuente. El tipo de sedación más frecuente fue profunda y continua, y el fármaco fue MDZ. Las sedaciones paliativas por delirium refractario iniciadas con MDZ requirieron cambiar o añadir un segundo fármaco en menor proporción que las iniciadas con un neuroléptico sedativo. La diferencia no es significativa pero refuerza la recomendación de iniciar con MDZ como primer escalón en la sedación paliativa por cualquier síntoma refractario incluido el delirium.

© 2012 Obra: Sociedad Andaluza de Medicina Interna (SADEMI)
Editado por: S&H Medical Science Congress

Todos los derechos reservados. Queda prohibida la reproducción total o parcial de esta obra por cualquier medio mecánico o electrónico sin la debida autorización por escrito del editor.

ISBN: 978-84-695-3154-9



Sademí
Sociedad Andaluza de Medicina Interna



S&H Medical Science Congress
C/ Espronceda 27, Entreplanta. 28003 Madrid
Telf.: 91 535 71 83 - Fax: 91 181 76 16
e-mail: congresos@shmedical.es