



XXXI

Congreso de la Sociedad Andaluza
de Medicina Interna (SADEMI)

II Encuentro de Enfermería de
Medicina Interna de Andalucía

11-13 de Junio de 2015

Hotel Barceló Punta Umbría Centro de Convenciones
Huelva

A photograph of a long, illuminated bridge spanning across a body of water at dusk. The bridge's structure is silhouetted against the sky, and its lights reflect on the water. The sky is a mix of blue and pinkish-purple. In the foreground, the dark silhouette of the bridge's truss structure is visible, framing the view.

Libro de Comunicaciones



XXXI

Congreso de la Sociedad Andaluza
de Medicina Interna (SADEMI)

II Encuentro de Enfermería de Medicina Interna de Andalucía

ÍNDICE

| | |
|---|-----------|
| Comunicaciones orales | 21 |
| Diabetes y obesidad | 21 |
| D-04 RESULTADOS DE LA FASE 3A DE INSULINA DEGLUDEC/ LIRAGLUTIDA EN EL TRATAMIENTO DE LA DIABETES MELLITUS TIPO 2 | 21 |
| D-08 EL STATUS PREDIABÉTICO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR ESTABLECIDA INDUCE DIFERENCIAS RESPECTO A DIABÉTICOS EN TÉRMINOS DE FLEXIBILIDAD METABÓLICA: CORDIOPREV | 23 |
| Enfermedades autoinmunes | 24 |
| EA-05 RELACIÓN ENTRE LA ESCALA DE DISNEA DE LA MMRC Y LAS ESCALAS DE DESEMPEÑO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RESPIRATORIA NO NEOPLÁSICA EN FASE AVANZADA | 24 |
| EA-08 IMPACTO DE LA SARCOPENIA Y FACTORES ASOCIADOS EN PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS | 25 |
| EA-09 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LOS PACIENTES DEL ESTUDIO PUMEA | 27 |
| EA-10 FRAGILIDAD EN PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y FACTORES ASOCIADOS | 28 |
| Enfermedades raras | 31 |
| ER-01 REMISIÓN CLÍNICA DE PORFIRIA CUTÁNEA TARDA TRAS EL TRATAMIENTO DE VHC | 31 |

| | | |
|--------------|---|-----------|
| ER-04 | RESULTADOS DEL TRASPLANTE HEPÁTICO EN LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD DE ANDRADE DEL FOCO ENDÉMICO DE HUELVA | 32 |
| | Enfermedad vascular | 34 |
| EV-03 | LA CALIDAD Y CANTIDAD DE LA GRASA DE LA DIETA INFLUYE EN EL GRADO DE SENESCENCIA EN PACIENTES MAYORES DE 65 AÑOS CON ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR ESTABLECIDA: ESTUDIO CORDIOPREV | 34 |
| | Enfermedades Infecciosas | 36 |
| I-03 | NEUMONÍA POR PNEUMOCYSTIS EN PACIENTES VIH-NEGATIVOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL AMERICANO | 36 |
| I-06 | CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICAS DE LA NEUMONÍA POR PNEUMOCYSTIS EN PACIENTES SIN INFECCIÓN POR VIH EN ESPAÑA | 37 |
| I-10 | EVALUACIÓN DEL TRATAMIENTO Y LA DESESCALADA TERAPÉUTICA DE BACTERIEMIAS POR BACILOS GRAM NEGATIVOS TRAS LA IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE BACTERIEMIAS | 39 |
| | Inflamación y enfermedades autoinmunes | 41 |
| IF-06 | UVÉITIS: FACTORES RELACIONADOS CON EL PRONÓSTICO | 41 |
| | Riesgo vascular | 43 |
| RV-03 | RELACIÓN EN NUESTRA POBLACIÓN DEL ÍNDICE TG/HDL CON LOS PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO VASCULAR Y LA ENFERMEDAD VASCULAR ESTABLECIDA | 43 |

| | | |
|---------------|--|-----------|
| RV-04 | EL CONSUMO CRÓNICO DE UNA DIETA SALUDABLE MEJORA LA FUNCIÓN ENDOTELIAL DE PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 Y ALTO RIESGO CARDIOVASCULAR | 44 |
| | Enfermedad tromboembólica | 46 |
| T-02 | TIEMPO EN RANGO TERAPÉUTICO EN PACIENTES ANTICOAGULADOS CON FÁRMACOS ANTIVITAMINA K EN PRÁCTICA CLÍNICA REAL | 46 |
| | Varios | 48 |
| V-07 | COMPARATIVO DE LA PREVALENCIA DE DESNUTRICIÓN HOSPITALARIA EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA ENTRE 2011 Y 2014 | 48 |
| V-10 | HIPONATREMIA EN EL PREOPERATORIO DE FRACTURA DE CADERA | 49 |
| | Enfermería | 51 |
| ENF-11 | GESTIÓN DE LA PROPIA SALUD EN PACIENTES CRÓNICOS INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE MEDICINA INTERNA | 51 |
| ENF-12 | LA TERAPIA INHALADA PILAR FUNDAMENTAL PARA EL MANEJO Y CONTROL DE PACIENTE RESPIRATORIO HOSPITALIZADO | 52 |
| ENF-24 | ANÁLISIS DE LA MORTALIDAD EN UNA UNIDAD DE MEDICINA INTERNA DE UN HOSPITAL DE AGUDOS | 53 |
| ENF-37 | ANÁLISIS DE LA REALIZACIÓN / CUMPLIMENTACIÓN DE INFORMES DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS EN UNA UNIDAD DE MEDICINA INTERNA | 54 |
| ENF-40 | PREVENCIÓN DEL DELIRIUM EN PACIENTES HOSPITALIZADOS DE EDAD AVANZADA. ACTUACIONES DE ENFERMERÍA | 56 |

| | |
|---|-----------|
| ENF-42 ADECUACION DEL PROCESO TOMA DE DECISIONES EN LA PRÁCTICA CLÍNICA A LA EVIDENCIA CIENTÍFICA DISPONIBLE | 57 |
| ENF-72 ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES CRÓNICOS HOSPITALIZADOS EN MEDICINA INTERNA | 58 |
| ENF-76 INTEGRACIÓN DE SESIONES CLÍNICAS ACREDITADAS COMO IMPULSO A LA METODOLOGÍA DE CUIDADOS EN MEDICINA INTERNA | 60 |
| ENF-89 EVOLUCIÓN DEL NIVEL DE ESTRÉS LABORAL Y DE LAS CAUSAS PERCIBIDAS POR EL EQUIPO DE ENFERMERÍA DE LAS UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN DEL HOSPITAL VÁZQUEZ DÍAZ DE HUELVA | 61 |
| Pósters A | 63 |
| Diabetes | 63 |
| D-01 PREVALENCIA DE DIABETES MELLITUS TIPO 2 E INSUFICIENCIA RENAL EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN SERVICIOS QUIRÚRGICOS | 63 |
| D-02 PREVALENCIA DE DIABETES MELLITUS E INSUFICIENCIA RENAL EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA | 65 |
| D-03 DIFERENCIAS ENTRE INSULINA DETEMIR Y OTROS TIPOS DE INSULINAS EN PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2 INSULINIZADOS TRATADOS CON LIRAGLUTIDE | 66 |
| D-05 ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LIXISENATIDE ASOCIADO A PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2 MAL CONTROLADOS CON ANTIDIABÉTICOS ORALES E INSULINA | 68 |

| | | |
|---|--|-----------|
| D-06 | EVITANDO LAS HIPOGLUCEMIAS. ADECUACIÓN DEL TRATAMIENTO | 70 |
| D-07 | PREVALENCIA DE PREDIABETES Y DIABETES MELLITUS “OCULTA” EN PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO | 71 |
| D-09 | EFICACIA DEL TRATAMIENTO COMBINADO SUBCUTÁNEO EN PACIENTES DIABÉTICOS | 73 |
| D-10 | PREVALENCIA DE DESNUTRICIÓN HOSPITALARIA ENTRE LOS PACIENTES DIABÉTICOS INGRESADOS EN MEDICINA INTERNA | 74 |
| D-11 | DETERMINACIÓN DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA EN PACIENTES DIABÉTICOS HOSPITALIZADOS. INTENSIFICACIÓN TERAPÉUTICA AL ALTA | 75 |
| D-12 | ADHERENCIA A LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN LA MEDICIÓN DE LA HBA1C EN PACIENTES DIABÉTICOS QUE INGRESAN EN LA UGC DE MEDICINA INTERNA | 77 |
| D-13 | CONTROL GLUCÉMICO MEDIANTE LA HBA1C DE LOS PACIENTES ATENDIDOS POR EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DE UN HOSPITAL COMARCAL A LO LARGO UNA DÉCADA | 78 |
| Dolor y cuidados paliativos | | 80 |
| DP-01 | CUIDADOS PALIATIVOS EN UN HOSPITAL COMARCAL | 80 |
| Paciente pluripatológico y edad avanzada | | 82 |
| EA-01 | MOTIVO DE INGRESO EN PACIENTES MAYORES DE 85 AÑOS EN EL HOSPITAL DE LA SERRANÍA EN EL AÑO 2014 | 82 |
| EA-02 | PERFIL DEL PACIENTE MUY ANCIANO INGRESADO EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA | 83 |

| | | |
|--------------------------------------|--|-----------|
| EA-03 | POLIFARMACIA EN PACIENTES MUY ANCIANOS HOSPITALIZADOS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA | 84 |
| EA-04 | ANÁLISIS DE MORTALIDAD DEL PACIENTE MAYOR DE 85 AÑOS QUE INGRESA EN MEDICINA INTERNA | 86 |
| EA-06 | EFFECTOS ADVERSOS DE LOS ANTIPSICÓTICOS. ¿SON FRECUENTES? | 87 |
| EA-07 | CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICAS DE PACIENTES CANDIDATOS A FORMAR PARTE DEL PROCESO ASISTENCIAL INTEGRADO DEL PACIENTE PLURIPATOLÓGICO | 88 |
| EPOC y Patología respiratoria | | 90 |
| EP-01 | PATRÓN DE CITOCINAS PRESENTES EN LA COLONIZACIÓN POR PNEUMOCYSTIS JIROVECII Y SU RELACIÓN CON LOS ESTADIOS DE LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA | 90 |
| EP-02 | EVALUACIÓN DE LA RESPUESTA INFLAMATORIA INDUCIDA POR LA COLONIZACIÓN POR PNEUMOCYSTIS JIROVECII EN PACIENTES CON EPOC | 91 |
| Enfermedades raras | | 93 |
| ER-02 | ESTUDIO DE UNA COHORTE DE PACIENTES CON TELANGIECTASIA HEMORRÁGICA HEREDITARIA (THH) EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL | 93 |
| ER-03 | PREVALENCIA DE MUTACIONES DEL GEN HFE EN UNA COHORTE DE PORFIRIA CUTÁNEA TARDA | 94 |
| ER-05 | ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE UN FOCO ENDÉMICO EN HUELVA DE POLINEUROPATÍA AMILOIDÓTICA FAMILIAR TIPO I | 96 |
| ER-06 | DIAGNÓSTICO DEL PACIENTE CON CONECTIVOPATÍA: MANEJO EN UNA CONSULTA DE ENFERMEDADES MINORITARIAS | 97 |

| | | |
|----------------------------|---|------------|
| ER-07 | DIFERENCIAS CLÍNICAS DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD DE ANDRADE DE INICIO PRECOZ FRENTE A LOS DE INICIO TARDÍO | 99 |
| ER-08 | DESCRIPCIÓN DE LAS COMPLICACIONES CLÍNICAS EVOLUTIVAS REGISTRADAS EN UN FOCO ENDÉMICO DE POLINEUROPATÍA AMILOIDÓTICA FAMILIAR (PAF) | 100 |
| Enfermedad vascular | | 102 |
| EV-02 | APROXIMACIÓN INICIAL A LA ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR EN UN HOSPITAL COMARCAL EN LOS ÚLTIMOS 4 AÑOS | 102 |
| EV-04 | CARACTERÍSTICAS DE PACIENTES INGRESADOS POR SCASEST Y ESTANCIA MEDIA HOSPITALARIA EN UN HOSPITAL COMARCAL | 103 |
| EV-05 | EL MANEJO DEL SCASEST SEGÚN EL ÍNDICE TIMI Y LA COMORBILIDAD: UNA APROXIMACIÓN A LA REALIDAD | 105 |
| EV-06 | NUESTRA EXPERIENCIA EN PACIENTES CON DISECCIÓN CORONARIA ESPONTÁNEA | 106 |
| Gestión | | 109 |
| G-01 | ATENCIÓN A PACIENTES CRÓNICOS EN LA COMARCA DEL ALJARAFE. PROGRAMA COMPORTE. ANÁLISIS COMPARATIVO ENTRE POBLACIONES | 109 |
| G-02 | USO DE HIERRO PARENTERAL EN LAS UNIDAD DE DÍA DE MEDICINA INTERNA | 110 |
| G-03 | LAS UNIDADES DE DÍA COMO ALTERNATIVA A LA HOSPITALIZACIÓN CONVENCIONAL EN MEDICINA INTERNA | 111 |
| G-04 | ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LA ADMINISTRACIÓN DE CARBOXIMALTOSA DE HIERRO EN UN HOSPITAL DE DIA MEDICO | 113 |

| | | |
|------|---|------------|
| G-05 | CONCORDANCIA ENTRE LOS GRD ASIGNADOS POR LAS UNIDADES DE DOCUMENTACIÓN Y LO ENTENDIDO POR LOS PROFESIONALES DE MEDICINA INTERNA | 114 |
| G-06 | ANÁLISIS DE LOS GRUPOS RELACIONADOS CON EL DIAGNÓSTICO EN LA INSUFICIENCIA CARDIACA | 116 |
| G-07 | ANÁLISIS DE LOS FACTORES CONTRIBUYENTES A LA DESVIACIÓN DE LA ESTANCIA MEDIA EN EL EDEMA AGUDO DE PULMÓN Y EN LA INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA ASOCIADA A ARRITMIA CARDIACA COMPLICADA | 117 |
| | Enfermedades infecciosas | 119 |
| I-01 | ENFERMEDAD DE WHIPPLE DESDE 2001-2014 EN ÁREA HOSPITALARIA DE HUELVA | 119 |
| I-02 | NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD: ¿SEGUIMOS LAS GUÍAS CLÍNICAS? | 120 |
| I-04 | INFECCIÓN PNEUMOCÓCICA EN UN HOSPITAL DE PRIMER NIVEL | 122 |
| I-05 | EVALUACIÓN DEL ENSAYO SOBRE LA PCR ANIDADA BASADO EN LA AMPLIFICACIÓN DEL GEN QUE CODIFICA LA SÍNTESIS DE LA ENZIMA SUPERÓXIDO DISMUTASA (SOD) DE PNEUMOCYSTIS JIROVECII Y DESCRIPCIÓN DE LOS GENOTIPOS PRESENTES EN NUESTRA ÁREA | 123 |
| I-07 | RENDIMIENTO DEL CULTIVO BACTERIANO DE PUNCIÓNES LUMBARES REALIZADAS EN ADULTOS POR SOSPECHA DE MENINGITIS, EN UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO | 125 |
| I-08 | ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LOS CASOS DE NEUMONÍA Y SU TRATAMIENTO EN UN HOSPITAL COMARCAL | 126 |
| I-09 | BROTE DE ASPERGILLOSIS EN LA UNIDAD DE TRASPLANTE CARDIACO DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN | 127 |

| | | |
|--------|--|------------|
| I-11 | SÍNDROME HEMOFAGOCÍTICO: A PROPÓSITO DE 10 CASOS EN EL COMPLEJO UNIVERSITARIO DE HUELVA | 129 |
| I-12 | ADECUACIÓN DE LOS INGRESOS HOSPITALARIOS SEGÚN LAS ESCALAS CURB-65/FINE DE LOS PACIENTES CON NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD | 130 |
| I-H-01 | MORTALIDAD ENTRE LOS PACIENTES CON INFECCIÓN POR VIH EN EL PONIENTE ALMERIENSE. DIFERENCIAS ENTRE POBLACIÓN AUTÓCTONA E INMIGRANTE | 132 |
| | Insuficiencia cardiaca | 134 |
| IC-02 | LA INSUFICIENCIA CARDIACA: LAS DOS CARAS DE UNA MISMA MONEDA | 134 |
| IC-03 | VALOR PREDICTIVO DE LAS FÓRMULAS DE FILTRADO GLOMERULAR EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA AGUDA | 135 |
| IC-04 | CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES CON ANEMIA FERROPÉNICA ASOCIADA A INSUFICIENCIA CARDIACA | 136 |
| IC-05 | INFLUENCIA DE LA ANEMIA EN INSUFICIENCIA CARDIACA | 137 |
| IC-06 | INFLUENCIA DEL RIESGO NUTRICIONAL EN LA CALIDAD DE VIDA, DÍAS LIBRE DE INGRESO Y MORTALIDAD EN PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDIACA | 139 |
| IC-07 | DESCRIPCIÓN DE TRATAMIENTOS AL ALTA EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE INSUFICIENCIA CARDIACA | 140 |
| IC-08 | TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA TERMINAL CON FUROSEMIDA SUBCUTÁNEA | 141 |
| IC-09 | CORRELACIÓN ENTRE CLASIFICACIÓN FUNCIONAL Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA | 143 |

| | |
|---|------------|
| Inflamación y enfermedades autoinmunes | 145 |
| IF-01 ARTRITIS REUMATOIDE ESTUDIO TRANSVERSAL Y DESCRIPTIVO EN UN HOSPITAL COMARCAL | 145 |
| IF-02 ESTUDIO DESCRIPTIVO OBSERVACIONAL DE 61 MUJERES CON ABORTOS DE REPETICIÓN EN SEGUIMIENTO EN CONSULTAS DE MEDICINA INTERNA | 146 |
| IF-03 ESTUDIO DESCRIPTIVO OBSERVACIONAL DE 61 MUJERES CON ABORTOS DE REPETICIÓN EN SEGUIMIENTO EN CONSULTAS DE MEDICINA INTERNA CON DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO OBSTÉTRICO SERONEGATIVO. RESPUESTA AL TRATAMIENTO | 148 |
| IF-04 ENFERMEDAD DE FABRY EN HUELVA. ANALÍISIS DE 6 CASOS | 149 |
| IF-05 SERIE DE CASOS DE UVEÍTIS TUBERCULOSA | 151 |
| IF-07 SÍNDROME DE TÚNEL CARPIANO COMO SÍNTOMA DE ALERTA PARA DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD DE ANDRADE | 152 |
| IF-08 COMPARACIÓN DE LOS CRITERIOS ACR FRENTE A CRITERIOS SLICC EN EL DIAGNÓSTICO DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO EN UNA COHORTE DE PACIENTES DE UN HOSPITAL COMARCAL | 153 |
| IF-10 LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO: EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL COMARCAL | 155 |
| Riesgo vascular | 157 |
| RV-01 RELACIÓN EN NUESTRA POBLACIÓN DE LOS NIVELES DE C-HDL BAJO CON LA INSUFICIENCIA RENAL | 157 |
| RV-02 RELACIÓN EN NUESTRA POBLACIÓN DE LOS NIVELES DE C-HDL BAJO CON LOS PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO VASCULAR Y LA ENFERMEDAD VASCULAR ESTABLECIDA | 158 |

| | |
|--|------------|
| Enfermedad tromboembólica | 161 |
| T-01 ESTUDIO RETROSPECTIVO DEL USO DE ANGIOTOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTERIZADA TORÁCICA, EN UN SERVICIO DE URGENCIAS, EN LA SOSPECHA DE TROMBOEMBOLISMO PULMONAR | 161 |
| T-03 ESCALA PESI PARA LA DECISIÓN DE TRATAMIENTO AMBULATORIO DE PACIENTES CON TROMBOEMBOLISMO PULMONAR AGUDO | 162 |
| T-04 ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LA TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA EN UN HOSPITAL COMARCAL | 164 |
| Varios | 166 |
| V-01 EPILEPSIA SINTOMÁTICA EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL | 166 |
| V-02 CRIBADO DE RIESGO NUTRICIONAL EN UN HOSPITAL COMARCAL MEDIANTE EL ÍNDICE PRONÓSTICO CONUT. | 167 |
| V-04 ESTUDIO DESCRIPTIVO: EFECTO DE REALIZAR AUDITORIAS PERIÓDICAS PARA EVALUAR EL GRADO DE CONCILIACIÓN TERAPÉUTICA EN UNA UGC DE MEDICINA INTERNA | 169 |
| V-05 ACTIVIDAD DE UNA CONSULTA DE MEDICINA INTERNA “GENERAL” DE UN HOSPITAL DE ÁMBITO PROVINCIAL | 170 |
| V-06 PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES EN EL MANTENIMIENTO DE UNA VÍA VENOSA CENTRAL | 172 |
| V-08 PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES ANTES DE CANALIZAR UNA VÍA, ELECCIÓN DE LA MISMA Y PROCEDIMIENTO DE CANALIZACIÓN | 173 |

| | | |
|--------|--|------------|
| V-09 | PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES AL CANALIZAR UNA VÍA: FIJACIÓN Y SELLADO DE LA VÍA Y MEDIDAS SOBRE EL CATÉTER PARA LA PREVENCIÓN DE INFECCIONES | 175 |
| V-11 | MALNUTRICIÓN EN HOSPITALIZACIÓN DE AGUDOS DE MEDICINA INTERNA | 177 |
| V-12 | DISFAGIA OROFARÍNGEA EN HOSPITALIZACIÓN DE UNIDAD DE AGUDOS DE MEDICINA INTERNA | 179 |
| V-13 | ¿LA UNIDAD DE MEDICINA INTERNA TIENE CRITERIOS IGUALES O DIFERENTES DE INDICACIÓN DE COLONOSCOPIA PARA CRIBADO DE CÁNCER COLORRECTAL QUE EL RESTO DE SERVICIOS MEDICO-QUIRÚRGICOS? | 180 |
| V-14 | PARACENTESIS PERIÓDICAS EN UN HOSPITAL DE DÍA DE MÉDICO. EXPERIENCIA DE 2 AÑOS | 182 |
| V-15 | INDICACIONES PARA LOS MÉDICOS DE GUARDIA DEL EQUIPO DE MEDICINA INTERNA | 183 |
| V-16 | INDICACIONES PARA LOS MÉDICOS DE GUARDIA DE MEDICINA INTERNA: VAMOS POR EL BUEN CAMINO | 184 |
| V-17 | ACTIVIDAD REALIZADA EN UN HOSPITAL DE DÍA DE MEDICINA INTERNA | 186 |
| V-18 | PERFIL CLÍNICO DE LOS PACIENTES CON INFECCIÓN DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL | 187 |
| V-19 | ¿PARA QUÉ REALIZAMOS UNA PUNCIÓN LUMBAR? | 188 |
| | Enfermería | 190 |
| ENF-03 | LA GÉNESIS DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN EN CUIDADOS. CONSOLIDACIÓN DEL DIRAYA DE ATENCIÓN HOSPITALARIA (DAH) | 190 |

| | |
|--|------------|
| ENF-13 PREVALENCIA: ANSIEDAD R/C HIPERGLUCEMIA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS CON DIABETES MELLITUS (DM) TIPO 2 | 191 |
| ENF-14 CARACTERIZACIÓN DE LOS PACIENTES EN ATENCIÓN COMPARTIDA ENTRE EQUIPO DE SOPORTE DE CUIDADOS PALIATIVOS Y ATENCIÓN PRIMARIA EN UNA ZONA RURAL Y UNA ZONA URBANA DE HUELVA | 192 |
| ENF-25 OPTIMIZACIÓN EN LOS CUIDADOS ENFERMEROS AL PACIENTE PALIATIVO DURANTE SU INGRESO HOSPITALARIO | 193 |
| ENF-27 EVOLUCIÓN DE INCIDENTES DE SEGURIDAD COMUNICADOS EN LA UGCI DE MEDICINA INTERNA | 195 |
| ENF-39 ALGORITMO EN LA TOMA DE DECISIONES EN UN CONFLICTO ÉTICO EN ESTADO VEGETATIVO PERMANENTE | 196 |
| ENF-41 OPTIMIZACION DE LOS RECURSOS SOCIOSANITARIOS: IMPACTO POSITIVO EN LA ESTANCIA MEDIA HOSPITALARIA, LA CONTINUIDAD DE CUIDADOS DEL PACIENTE PLURIPATOLÓGICO FRÁGIL AL ALTAY SALUD DEL CUIDADOR PRINCIPAL | 196 |
| ENF-48 BLOG: “APRENDIENDO A CUIDAR”. UN EJEMPLO DE TIC QUE MEJORA DE LA EFICIENCIA DEL SECTOR SANITARIO | 198 |
| ENF-49 MANUAL “PERSONAS CUIDANDO DE PERSONAS”: MEJORA DE LA CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE CRÓNICO (PERSONA DEPENDIENTE) Y SU CUIDADOR EN EL DOMICILIO | 200 |
| ENF-50 VISIÓN GLOBAL DEL TABAQUISMO | 201 |
| ENF-54 NECESIDAD DE SUEÑO DURANTE EL INGRESO HOSPITALARIO: UNA APROXIMACIÓN DESCRIPTIVA | 204 |
| ENF-61 RELEVANCIA DE LA ACEPTACIÓN DEL CUIDADOR EN SU ROL PARA LA PLANIFICACIÓN AL ALTA | 205 |

| | |
|--|------------|
| ENF-62 MEJORA DE LA SEGURIDAD CLÍNICA EN EL PACIENTE DE MEDICINA INTERNA | 206 |
| ENF-84 MUERTE DIGNA Y NECESIDADES COMPETENCIALES DE ENFERMERÍA ¿QUÉ SABEMOS? | 207 |
| ENF-81 REINGRESOS EVITABLES, LA CLAVE: CONTINUIDAD DE LOS CUIDADOS Y LA SEGURIDAD CLÍNICA EN LOS PACIENTES FRÁGILES AL ALTA HOSPITALARIA | 208 |
| ENF-86 LA SESIÓN CLÍNICA MULTIDISCIPLINAR EN LA MEJORA DE LA ATENCIÓN COMPARTIDA AL PACIENTE HOSPITALIZADO | 210 |
| ENF-91 IMPLANTACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA EN UNA PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN | 211 |
| Pósters B | 214 |
| Enfermedad vascular | 214 |
| EV-01 ENSAYO DE MODELO PREDICTIVO PARA LA DETECCIÓN DE ATEROMATOSIS CAROTÍDEA, CLÍNICAMENTE SIGNIFICATIVA, EN EL ICTUS ISQUÉMICO AGUDO ATEROTROMBÓTICO | 214 |
| Enfermería | 216 |
| ENF-01 ESTUDIO DESCRIPTIVO DEL INCREMENTO DEL CONFORT EN PACIENTES PALIATIVOS CON DETERIORO TISULAR TRAS LA UTILIZACIÓN DE UN APÓSITO HIDROPOLIMÉRICO CON INDICADOR DE CAMBIO | 216 |
| ENF-02 PLANIFICACIÓN ANTICIPADA DE DECISIONES EN EL EQUIPO DE SOPORTE DE CUIDADOS PALIATIVOS DEL COMPLEJO HOSPITALARIO DE HUELVA | 217 |

| | |
|--|-----|
| ENF-05 UTILIZACIÓN DEL PROCESO ENFERMERO EN LA CONSULTA DE ENFERMERÍA DE ALERGIA DEL CHUH | 218 |
| ENF-06 INFECCIONES NOSOCOMIALES Y EL AISLAMIENTO POR CONTACTO AUTORES | 219 |
| ENF-07 DECLARACIÓN DE VOLUNTAD VITAL ANTICIPADA | 220 |
| ENF-08 VÍA SUBCUTÁNEA HERRAMIENTA DE TRABAJO EN C. PALIATIVOS | 221 |
| ENF-09 TERAPIA DE PRESIÓN NEGATIVA - VAC | 222 |
| ENF-10 SEDACION PALIATIVA -MUERTE DIGNA AUTORES | 223 |
| ENF-15 CUIDADOS DE LOS OJOS EN QUIROFANO, PREVENCIÓN DE LESIONES OCULARES | 224 |
| ENF-16 DESORDEN MULTISISTÉMICO | 226 |
| ENF-17 DIABETES MELLITUS TIPO II Y DISFUNCIÓN ERÉCTIL AUTORES | 227 |
| ENF-18 SÍFILIS: LA GRAN SIMULADORA | 228 |
| ENF-19 DIFTERIA | 229 |
| ENF-20 UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DE AGUDOS DE CUIDADOS PALIATIVOS VERSUS UNIDAD PARA EL BIEN MORIR | 230 |
| ENF-21 VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA | 231 |
| ENF-22 ANSIEDAD ANTE LA MUERTE | 233 |
| ENF-23 ENFERMERÍA GESTORA DE CASOS. IMPRESCINDIBLE EN LA CONTINUIDAD DE CUIDADOS Y ATENCIÓN INTEGRAL | 234 |

| | | |
|--------|---|-----|
| ENF-26 | MONITORIZACIÓN DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN A TRAVÉS DEL REGISTRO EN LA ESTACIÓN DE CUIDADOS DEL DIRAYA DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA (DAH) | 236 |
| ENF-28 | USO DE FENOBARBITAL EN LA SEDACIÓN REFRACTARIA A BENZODIACEPINAS | 237 |
| ENF-29 | DIECISÉIS AÑOS DE EXPERIENCIA EN CONTINUIDAD ASISTENCIAL. UNA BUENA HERRAMIENTA PARA PACIENTES CRÓNICOS AVANZADOS Y PALIATIVOS | 238 |
| ENF-30 | LOS PROGRESOS DEL IMPLANTE PERCUTÁNEO DE PRÓTESIS VALVULAR AÓRTICA | 239 |
| ENF-31 | INTERVENCIÓN ENFERMERA EN EL PACIENTE CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA (EPOC) | 240 |
| ENF-32 | EL DOLOR, EVITAR O ALIVIAR, UN RETO PARA EL CUIDADO ENFERMERO | 241 |
| ENF-33 | ¡ENFERMERA! SI ESTÁS QUEMADA EN TU TRABAJO, ¡LA SOLUCIÓN ESTÁ EN TUS MANOS! | 242 |
| ENF-34 | EL NOLOTIL Y LA ENFERMERÍA NO SIEMPRE VIAJAN JUNTOS | 244 |
| ENF-35 | ¡ENFERMERA! SI ME TOMO CEREALES O CACAHUETES ¿ME ACORDARÉ DESPUÉS DE DONDE LOS HE PUESTO? | 245 |
| ENF-36 | CUIDADOS EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA (ERC) EN LA PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN | 246 |
| ENF-38 | LA INSUFICIENCIA CARDIACA EN EL PACIENTE HOSPITALIZADO | 247 |
| ENF-43 | CUIDADORES PRINCIPALES DE PERSONAS MAYORES DE 65 AÑOS. IMPORTANCIA DE LA INTERVENCIÓN ENFERMERA | 248 |

| | |
|---|------------|
| ENF-44 PACIENTES ANCIANOS POLIMEDICADOS: ¿POR QUÉ NO CUMPLEN SU TRATAMIENTO? | 249 |
| ENF-45 ACTUACIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA ANTE EL ENFERMO EN SITUACIÓN TERMINAL | 250 |
| ENF-46 ENFERMEDAD TROMBOEMBOLICA VENOSA | 251 |
| ENF-47 MEDIDAS Y TRATAMIENTO EN LA ENFERMEDAD TROMBOEMBOLICA | 252 |
| ENF-51 ¿TABACO O SALUD? TÚ DECIDES | 253 |
| ENF-52 RESPIRA, ROMPE CON EL TABACO | 254 |
| ENF-53 LA IMPORTANCIA DEL CONTROL GLUCÉMICO EN PACIENTES HOSPITALIZADOS | 255 |
| ENF-55 LA FASE DE AGONÍA AL FINAL DE LA VIDA | 256 |
| ENF-56 ACTUACIÓN DE ENFERMERIA FRENTE A LOS ANTICOAGULANTES ORALES | 257 |
| ENF-57 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DOMICILIAR CON HEPARINA DE BAJO PESO MOLECULAR PARA PACIENTES CON TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA: ¿MENOR | 258 |
| ENF-58 ACTUACIONES DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON TRAUMATISMO ABDOMINAL | 260 |
| ENF-59 CUIDADOS ENFERMEROS EN EL EDEMA AGUDO DE PULMÓN | 261 |
| ENF-60 CUIDADOS ENFERMEROS EN EL PACIENTE CON ANGINA DE PECHO | 262 |
| ENF-73 EL SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO EN LA HOSPITALIZACIÓN | 263 |

XXXI

Congreso de la Sociedad Andaluza de Medicina Interna (SADEMI)

II Encuentro de Enfermería de Medicina Interna de Andalucía

| | |
|--|-----|
| ENF-74 LA MUSICOTERAPIA EN LOS CUIDADOS PALIATIVOS | 264 |
| ENF-75 LAS CAÍDAS EN EL MEDIO HOSPITALARIO | 265 |
| ENF-77 ABORDAJE DE ENFERMERIA .CONTROL DE SINTOMAS ANTE EL DOLOR AUTORES | 267 |
| ENF-78 TÍTULO INSTRUMENTOS DE VALORACION ENFERMERA ANTE EL DOLOR AUTORES | 268 |
| ENF-79 INSTRUMENTOS DE VALORACION ENFERMERA ANTE EL DOLOR | 269 |
| ENF-80 CUIDADOS ENFERMEROS EN LOS CUIDADOS PALIATIVOS | 269 |
| ENF-83 PREVENCIÓN DE LA OSTEOPOROSIS EN MUJERES | 270 |
| ENF-85 OSTEOPOROSIS: PLANES DE CUIDADOS ENFERMEROS | 271 |
| ENF-87 CUIDADOS ENFERMERIA EN LA PREVENCION Y DETECCION PRECOZ DE TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA EN EMBARAZO | 272 |
| ENF-88 SEGURIDAD EN LA MOVILIZACION PARA PACIENTES Y PROFESIONALES ENF-90 NEUROMODULADORES. PREGABALINA. EFECTOS SECUNDARIOS | 273 |
| ENF-90 NERUOMODULADORES. PREGABALINA. EFECTOS SECUNDARIOS | 274 |
| MIEMBROS DEL COMITÉ EVALUADOR | 276 |

Comunicaciones orales

Diabetes y obesidad

D-04 RESULTADOS DE LA FASE 3A DE INSULINA DEGLUDEC/ LIRAGLUTIDA EN EL TRATAMIENTO DE LA DIABETES MELLITUS TIPO 2

F. Carrasco Sánchez⁽¹⁾, M. García-Consuegra⁽²⁾

⁽¹⁾Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Universitario de Huelva

⁽²⁾Departamento Médico. Novo Nordisk. Madrid

OBJETIVOS

Insulina degludec/Liraglutida (IDegLira) es una combinación a razón fija de una insulina de acción prolongada, insulina degludec, y un análogo de GLP-1, liraglutida, diseñado para optimizar el control glucémico. IDegLira se administra una vez al día e independiente de las comidas; la dosis máxima es de 50 unidades de dosis (50 unidades de insulina degludec y 1,8 mg de liraglutida).

MATERIAL Y MÉTODOS

El programa DUAL de fase 3a con IDegLira incluyó dos ensayos clínicos multinacionales, aleatorizados, de tratamiento hasta el objetivo: el DUAL I fue un estudio no enmascarado para confirmar la superioridad de IDegLira vs Lira y la no inferioridad vs IDeg en pacientes que no habían recibido previamente insulina y que no estaban controlados con metformina ± pioglitazona; el DUAL II fue un estudio doble-ciego diseñado para confirmar la superioridad de IDegLira vs IDeg. En ambos estudios la variable principal fue el cambio a las 26 semanas con respecto a basal en la HbA1c. Las variables secundarias incluyeron, entre otras, cambio en el peso, número de episodios de hipoglucemia confirmados, dosis final de insulina.

RESULTADOS

Los principales resultados de los estudios DUAL I y II se presentan en la Figura 1.

CONCLUSIONES

Los estudios DUAL I y II muestran que cada componente de IDegLira contribuye al control glucémico al tiempo que reduce efectos secundarios importantes como el aumento de peso y las hipoglucemias, en pacientes no controlados con una insulina basal (DUAL II) y en pacientes que no habían recibido insulina previamente y no estaban controlados con metformina±pioglitazona (DUAL I).

BIBLIOGRAFÍA

1. Gough SC, Bode B, Woo V, Rodbard HW, Linjawi S, Poulsen P, Damgaard LH, Buse JB; NN9068-3697 (DUAL-I) trial investigators. Efficacy and safety of a fixed-ratio combination of insulin degludec and liraglutide (IDegLira) compared with its components given alone: results of a phase 3, open-label, randomised, 26-week, treat-to-target trial in insulin-naive patients with type 2 diabetes. *Lancet Diabetes Endocrinol.* 2014 Nov;2(11):885-93.
2. Buse JB, Vilsbøll T, Thurman J, Blevins TC, Langbakke IH, Böttcher SG, Rodbard HW; NN9068-3912 (DUALII) Trial Investigators. Contribution of liraglutide in the fixed-ratio combination of insulin degludec and liraglutide (IDegLira). *Diabetes Care.* 2014 Nov;37(11):2926-33.

Fig. 1

| Variable | DUAL I | | | DUAL II | |
|---|----------|------------------------|------------------------|----------|---------------------|
| | IDegLira | IDeg | Lira | IDegLira | IDeg |
| N | 833 | 413 | 414 | 199 | 199 |
| Δ HbA1c (%) | -1,9 | -1,4 | -1,3 | -1,9 | -0,9 |
| Diferencia estimada en Δ HbA1c de IDegLira vs | - | -0,47 (-0,58 a -0,36)* | -0,64 (-0,75 a -0,53)* | - | -1,1 (-1,3 a -0,8)* |
| HbA1c<7,0%, % | 81 | 65* | 60* | 60 | 23* |
| Δ peso (Kg) | -0,5 | +1,6 | -3,0 | -2,7 | 0,0 |
| Hipo confirmadas, eventos/paciente-año | 1,8 | 2,6* | 0,2* | 1,5 | 2,6 |
| Dosis final de insulina (U) | 39 | 62* | NA | 45 | 45 |

Δ: cambio con respecto a basal en la semana 26; *p<0,05 vs IDegLira

D-08 EL STATUS PREDIABÉTICO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR ESTABLECIDA INDUCE DIFERENCIAS RESPECTO A DIABÉTICOS EN TÉRMINOS DE FLEXIBILIDAD METABÓLICA: CORDIOPREV

A. León Acuña⁽¹⁾, J. Torres Peña⁽¹⁾, F. Gómez Delgado⁽¹⁾, A. Arenas de Larriva⁽¹⁾, J. Alcalá Díaz⁽¹⁾, J. Delgado Lista⁽¹⁾, P. Pérez Martínez⁽¹⁾, J. López Miranda⁽¹⁾

⁽¹⁾Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba

OBJETIVOS

Objetivo: Analizar la flexibilidad metabólica tras un test de sobrecarga oral grasa (TSOG) en la cohorte de pacientes prediabéticos y diabéticos del estudio CORDIOPREV.

MATERIAL Y MÉTODOS

Material y métodos: Se incluyeron un total de 945 pacientes del estudio CORDIOPREV (NCT00924937). 581 pacientes diabéticos y 364 pacientes con criterios de prediabetes atendiendo a la clasificación de la American Diabetes Association: glucosa basal alterada (GBA) en ayunas (100-125 mg/dl) y/o intolerancia a la glucosa (IOG) a las 2 horas de sobrecarga oral de glucosa (140-199 mg/dl) y/o valor de hemoglobina glicosilada (HbA1c) (5,7-6.4%). Tras el TSOG con 0.7 gr/Kg de peso (12% ácidos grasos (AG) saturados, 10% AG poliinsaturados, 43% AG monoinsaturados, 10% proteínas y 25% carbohidratos), se determinaron los niveles de triglicéridos (TG) y TG vehiculizados en las lipoproteínas ricas en TG (TG-LRT) en la hora 0,1,2,3,4.

RESULTADOS

Resultados: Los pacientes prediabéticos presentaron menores niveles de TG postprandiales ($p < 0.0001$) y TGLRT ($p: 0.002$) comparados con los pacientes diabéticos. De forma consistente, el área bajo la curva (ABC) de TG ($p < 0.0001$) y el ABC TG-TRL ($p: 0.002$), fue mayor en los pacientes diabéticos.

CONCLUSIONES

Conclusiones: Nuestros hallazgos demuestran que los pacientes diabéticos presentan una menor flexibilidad metabólica comparado con el subgrupo de pacientes prediabéticos. Dado que la prediabetes es un estado intermedio en la historia natural de diabetes, nuestro estudio pone de manifiesto la existencia de una menor flexibilidad metabólica de forma progresiva, factor de riesgo independiente para el desarrollo de diabetes, por lo que es importante identificar a este subgrupo de pacientes, intensificando el tratamiento en base a evitar eventos cardiovasculares futuros.

BIBLIOGRAFÍA

1. *Postprandial lipemia as a cardiometabolic risk factor.* Pirillo A, Norata GD, Catapano AL. *Curr Med Res Opin.* 2014 Aug; 30 (8):1489-503.

Enfermedades autoinmunes

EA-05 RELACIÓN ENTRE LA ESCALA DE DISNEA DE LA MMRC Y LAS ESCALAS DE DESEMPEÑO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RESPIRATORIA NO NEOPLÁSICA EN FASE AVANZADA

B. Barón Franco⁽¹⁾, L. Pérez Belmonte⁽²⁾, L. Moreno Gaviño⁽¹⁾, J. Galindo Ocaña⁽¹⁾, P. Macías Mir⁽³⁾, D. Camacho González⁽³⁾, D. Nieto Martín⁽¹⁾, J. Díez Manglano y los Investigadores del Estudio Paliar⁽⁴⁾

⁽¹⁾Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Virgen del Rocío. Sevilla

⁽²⁾Servicio de Medicina Interna. Hospital Comarcal de la Axarquía. Vélez-Málaga

⁽³⁾Servicio de Medicina Interna. Hospital de Antequera. Antequera

⁽⁴⁾Servicio de Medicina Interna. Hospital Royo Villanova. Zaragoza

OBJETIVOS

Determinar la relación entre las diferentes escalas de desempeño y la escala de disnea modificada del Medical Research Council (mMRC) en los pacientes con enfermedad respiratoria no neoplásica en fase avanzada.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se han incluido los pacientes con enfermedades respiratorias no neoplásicas en fase avanzada incluidos en el estudio PALIAR. Para cada paciente se han recogido las escalas mMRC, índice de Barthel, ECOG-Performance Status (ECOG-PS), Palliative Performance Scale (PPS). Se ha utilizado un test de regresión lineal para valorar la relación entre las escalas y el coeficiente de correlación Tau-b de Kendall para determinar la fuerza de la asociación entre las escalas.

RESULTADOS

En el estudio PALIAR se incluyeron 1778 pacientes y de ellos 206 (11,6 %) tenían enfermedades respiratorias no neoplásicas en fase avanzada. La edad media fue de 79,8 (9,2) años y 110 (53,4%) pacientes eran varones. El grado de disnea de la mMRC fue 0 en 129 (62,6%) pacientes, 1 en 3 (1,5%), 2 en 25 (12,1%), 3 en 37 (18,0%) y 4 en 12 (5,8%). Las puntuación media fue 44 (33) en el índice de Barthel y 49 (18) en la escala PPS. La distribución de pacientes en la escala ECOG-PS fue: 3% en estadio 0, 23,9% en estadio 1, 34,0% en estadio 2, 25,4% en estadio 3 y 13,7% en estadio 4. La regresión lineal mostró ausencia de relación entre las escalas mMRC y Barthel ($r=-0,069$; $p=0,33$), PPS ($r=-0,026$; $p=0,81$), y ECOG-PS ($r=-0,046$; $p=0,49$) y una buena relación entre Barthel y PPS ($r=0,80$; $p<0,0001$), Barthel y ECOG-PS ($r=0,753$; $p<0,0001$) y entre ECOG-PS y PPS ($r=-0,848$; $p<0,0001$). Se observó una asociación fuerte entre el índice de Barthel y la escala ECOG-PS (coeficiente Tau-b de Kendall de $-0,625$; $p<0,0001$), entre el índice de Barthel y la escala

PPS (coeficiente Taub de Kendall de 0,675; $p < 0,0001$) y entre las escalas ECOG-PS y PPS (coeficiente Tau-b de Kendall de -0,705; $p < 0,0001$).

CONCLUSIONES

DISCUSIÓN Los pacientes con enfermedades respiratorias crónicas en fase avanzada tienen dificultades para la realización de las actividades de la vida diaria y la utilización de la escala de disnea de la mMRC puede valorar insuficientemente su discapacidad. Por este motivo en estos pacientes es conveniente añadir a la valoración de la disnea la utilización de una escala de desempeño. **CONCLUSIONES** En pacientes con enfermedades respiratorias no neoplásicas en fase avanzada la escala de disnea de la mMRC tiene una mala correlación con las escalas de desempeño.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bernabeu- Wittel, M et al. Development of a Six-Month Prognostic Index in Patients With Advanced Chronic Medical Conditions: The PALIAR Score. *Journal of Pain and Symptom Management* , Volume 47 , Issue 3 , 551 - 565

EA-08 IMPACTO DE LA SARCOPENIA Y FACTORES ASOCIADOS EN PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS

Á. González Molina⁽¹⁾, M. Bernabéu Wittel⁽¹⁾, R. Fernández Ojeda⁽²⁾, J. Díez Manglano⁽³⁾, A. Fernández Moyano⁽²⁾, A. Hurtado Ganoza⁽¹⁾, P. Rivas Cobas⁽¹⁾, M. Ollero Baturone⁽¹⁾

⁽¹⁾Medicina Interna. Complejo Hospitalario Virgen del Rocío. Sevilla

⁽²⁾Medicina Interna. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos (Sevilla)

⁽³⁾Medicina Interna. Hospital Royo Villanova. Zaragoza

OBJETIVOS

Conocer la prevalencia de sarcopenia en una muestra de pacientes pluripatológicos (PP) de ámbito hospitalario; así como establecer las características clínico-epidemiológicas y los factores asociados a la misma.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio trasversal y multicéntrico, que incluyó PP desde consultas externas y planta de hospitalización de 2 Servicios de Medicina Interna, mediante la realización de cortes de prevalencia semanales. Se incluyeron todos los PP identificados en los cortes de prevalencia que hubieran firmado el consentimiento, excluyéndose aquéllos portadores de dispositivos metálicos, presencia de amputación o que se encontraran en fase de agonía en el momento de la inclusión. Se recogieron variables demográficas, clínico-asistenciales, analíticas y de valoración integral, determinando en cada uno de ellos si reunían criterios

de sarcopenia según el consenso europeo de 2010. Se llevó a cabo un análisis descriptivo de las características clínico-demográficas de los pacientes con sarcopenia; así como un análisis inferencial bivariado para conocer los principales factores de riesgo asociados a la presencia de sarcopenia. Para ello se utilizó el programa estadístico SPSS 20.0.

RESULTADOS

Se incluyeron un total de 208 PP (58,3% varones y edad media 77,26 años) pertenecientes a los hospitales: Hospital Universitario Virgen del Rocío y Hospital San Juan de Dios de Bormujos, de los cuales cumplían criterios de sarcopenia en el momento de la inclusión el 43,3% (90 pacientes). Dentro de los pacientes con sarcopenia, la media de edad fue de 77 años (DE \pm 7,8), predominando el sexo masculino en el 80% de los pacientes. La categoría de PP más frecuente fue la categoría A: cardiovascular (83,1%), dentro de la cual destaca A1: insuficiencia cardiaca (51,7%), siendo la media de categorías de pluripatología de 2,66 (DE \pm 0,79) y de comorbilidades de 5,7 (DE \pm 2,1) para cada uno de los pacientes con sarcopenia. El número de fármacos de prescripción crónica fue de 9,61 (DE \pm 3,72). En cuanto a las características funcionales: precisaban de cuidador (Barthel >60 y/o Pfeiffer >5 errores) el 38,8% de los pacientes; siendo el Barthel medio de 70 (DE \pm 30) y el índice PROFUND de 7,02 (DE \pm 3,1). Los factores que se asociaron a la sarcopenia fueron: el sexo masculino (80% vs 42,37%. P = 0,000), bajo peso (76,1+-15,75 vs 82,31+-19,17. P = 0,013), el IMC (27,93+-5,77 vs 32,23+-6,86. P = 0,000), la obesidad (24,44% vs 50,43%. P = 0,000), la caquexia (5,56% vs 0,86%. P = 0,048), la anemia: Hb<10g/dl (35,96% vs 22,52%. P = 0,036), la enfermedad cerebrovascular (32,58% vs 19,13%. P = 0,028), la presencia de delirium en el último ingreso (27,78% vs 15,25%. P = 0,027) y muy cercana a la significación estadística el índice PROFUND (7,02 +- 4,78 vs 5,73 +- 4,27. P = 0,054).

CONCLUSIONES

- Observamos una alta prevalencia de sarcopenia dentro de la muestra de pacientes pluripatológicos incluidos en el estudio, de hasta el 43%.
- Los factores que se asociaron a la misma fueron el bajo peso y la desnutrición, la enfermedad cerebrovascular, el índice PROFUND, el delirium en el último ingreso y la anemia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cruz-Jentoft AJ1, Baeyens JP, Bauer JM, Boirie Y, Cederholm T, Landi F, Martin FC, Michel JP, Rolland Y, Schneider SM, Topinková E, Vandewoude M, Zamboni M; Sarcopenia: European consensus on definition and diagnosis: Report of the European Working Group on Sarcopenia in Older People. *European Working Group on Sarcopenia in Older People. Age Ageing*. 2010 Jul;39(4):412-23. doi: 10.1093/ageing/afq034. Epub 2010 Apr 13

EA-09 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LOS PACIENTES DEL ESTUDIO PUMEA

J. García⁽¹⁾, C. Espejo⁽¹⁾, A. San José⁽²⁾, F. Formiga⁽³⁾, N. Ramírez-Duque⁽⁴⁾, A. Fernández⁽⁵⁾, O. Torres⁽⁶⁾, A. López-Soto⁽⁷⁾

⁽¹⁾Medicina Interna. Complejo Hospitalario Universitario de Huelva

⁽²⁾Medicina Interna. Hospital Universitari General de la Vall D'hebron. Barcelona

⁽³⁾Medicina Interna. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona)

⁽⁴⁾Medicina Interna. Complejo Hospitalario Virgen del Rocío. Sevilla

⁽⁵⁾Medicina Interna. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos (Sevilla)

⁽⁶⁾Medicina Interna. Hospital de Santa Creu i Sant Pau. Barcelona

⁽⁷⁾Medicina Interna. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona. Barcelona

OBJETIVOS

A) Analizar el perfil clínico de los pacientes del estudio PUMEA. B) Analizar si existen diferencias en cuanto a patología de base según hospital de ingreso o comunidad autónoma.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio PUMEA estudio multicéntrico, observacional y prospectivo de una cohorte de 672 pacientes >75 años, diseñado para analizar el consumo de medicamentos y la prescripción inapropiada(PI). Se trata de un subestudio del estudio PUMEA centrado en las características clínicas y variables geriátricas (enfermedades crónicas y multimorbilidad) y en la diferenciación de éstas por hospitales. Las variables recogidas se obtuvieron a partir de la historia clínica y entrevistas

RESULTADOS

Estancia media Cataluña 12,13, DE 9,44, en Andalucía 9,28 con DE 8,57, diferencias significativas ($t_{670} = 4.030$, $p < .001$). Por centros: Hospital Vall d'Hebron 10,7 días, Hospital Clínic 13,71, Hospital Sant Pau 11,08, Hospital Bellvitge 13,6 . Complejo Virgen del Rocío 8,02, Hospital San Juan de Dios del Aljarafe 7,94 días, Hospital General Juan Ramón Jiménez 11,9 días. La estancia media menor son de los hospitales Virgen del Rocío y San Juan de Dios del Aljarafe ,diferencia es significativa. Motivo de ingreso: En total el 53.7% son ingresos por motivos nuevos, y el 46.3% es por crónicos agudizados. En los hospitales catalanes el motivo de ingreso 59.5% nuevas, y un 40.5% de crónicas agudizadas, en Andalucía 45.8% son patologías nuevas, y 54.2% crónicas agudizadas, ($\chi^2_{21} = 12.402$, $p < .001$) esta diferencia es significativa. No existen diferencias significativas en el BARTHEL Basal según comunidad autónoma ($t = 1.748$, $p = .081$); si en el Barthel Ingreso ($t = -3,272$, $p = .001$) y al Alta ($t = -2,042$, $p = .042$) ambos tienen una puntuación mayor en la Comunidad Andaluza que en Cataluña. En Cataluña la Media de Charlson es 2.95, y en Andalucía 2.91, No diferencias ($t = .245$, $p = .806$). Si existen diferencias entre centros ,el Hospital Virgen

del Rocío y Hospital de Bellvitge son los que mayor comorbilidad por Charlson presentan, con significación estadística ($F_6 = 6.240$, $p < .001$). En cuatro de los siete hospitales en el Charlson la patología más frecuente es la Insuficiencia cardiaca, siendo ésta la segunda más frecuente en los otros tres hospitales. EPOC, enfermedad arterial periférica y la diabetes son las primeras en esos otros tres hospitales. Según la escala del Paciente Pluripatológico, en Cataluña el 56.8% cumple criterios de pluripatológico, y en Andalucía el 69.8% significación estadística ($\chi^2_{21} = 11.886$, $p < .001$). Según la escala por Categorías, la A (insuficiencia cardiaca, cardiopatía isquémica) es la más frecuente en todos los Hospitales excepto en Hospital de San Juan que es la segunda más frecuente. Según la escala de enfermedades crónicas, las cardiovasculares son las más frecuentes, y la segunda Síndromes geriátricos.

CONCLUSIONES

La patología crónica es más frecuente como motivo de ingreso en los hospitales andaluces y los enfermos presentan mayor índice de pluripatológicos. Como índice de comorbilidad no hay diferencias y como nivel dependencia al ingreso tampoco, si bien si presentan mayor dependencia al alta y en el momento del ingreso.

BIBLIOGRAFÍA

1. *Inappropriate prescribing to older patients admitted to hospital: A comparison of different tools of misprescribing and under prescribing. European Journal of Internal Medicine. 2014, 25, 710-716.*

EA-10 FRAGILIDAD EN PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y FACTORES ASOCIADOS

Á. González Molina⁽¹⁾, M. Bernabéu Wittel⁽¹⁾, R. Fernández Ojeda⁽²⁾,
J. Díez Manglano⁽³⁾, S. Vidal Serrano⁽²⁾, F. Salgado Ordoñez⁽⁴⁾, J. Ternero Vega⁽¹⁾,
S. Delgado Romero⁽²⁾

⁽¹⁾Medicina Interna. Complejo Hospitalario Virgen del Rocío. Sevilla

⁽²⁾Medicina Interna. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos (Sevilla)

⁽³⁾Medicina Interna. Hospital Royo Villanova. Zaragoza

⁽⁴⁾Medicina Interna. Hospital General. Málaga

OBJETIVOS

Conocer la prevalencia de fragilidad en una muestra de pacientes pluripatológicos (PP) de ámbito hospitalario incluidos desde hospitalización y área de consultas, así como establecer las características clínicoepidemiológicas, las comorbilidades y los factores asociados a la misma.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio trasversal y multicéntrico mediante la realización de cortes de prevalencia semanales. Se incluyeron a los PP identificados en los cortes que hubieran firmado el consentimiento. Se excluyeron aquéllos portadores de dispositivos metálicos, presencia de amputación o que se encontraran en fase de agonía. Se recogieron variables demográficas, clínico-asistenciales, de valoración integral y analíticas; determinando en cada uno de ellos si reunían los criterios de fragilidad de Fried y cols. Se llevó a cabo un análisis descriptivo de las características clínicas de los pacientes con fragilidad; así como un análisis bivariante para conocer los principales factores de riesgo asociados a su presencia. El análisis de los datos se llevó a cabo mediante el programa estadístico SPSS

RESULTADOS

Se incluyeron un total de 214 PP (58,3% varones y edad media 77,26 años) pertenecientes al Hospital Universitario Virgen del Rocío y Hospital San Juan de Dios de Bormujos, de los cuales cumplían criterios de fragilidad el 64% (138 pacientes). Dentro de los pacientes con fragilidad, la media de edad fue de 78,4 años (DE±7,2), sexo femenino (50,7%). La categoría de PP más frecuente fue la categoría A: cardiovascular (88,3%), siendo la media de categorías de pluripatología de 2,76 (DE±0,85) y de comorbilidades de 6 (DE±2,1) por paciente. El nº de fármacos de prescripción crónica fue de 9,59 (DE±3,37). Barthel medio de 54,12 (DE± 28) y el índice PROFUND de 8,2 (DE± 4). Los factores asociados a la fragilidad fueron: el sexo femenino (50.72% vs 22.37% P= 0.000), la edad (78 DE±7.21 vs 71 DE±8.36), la institucionalización(6.82% vs 0%. P= 0.020), la necesidad de cuidador (54.62 % vs 9.86%. P= 0.000), la categoría G: anemia crónica o neoplasia (21.40% vs 10.96%. P= 0.050), la categoría H: Enfermedad osteoarticular limitante (16.79% vs 2.74%, P= 0.003), la categoría E: enfermedades neurológicas, a expensas de las categorías E2: Enfermedad Neurológica con déficit motor (5.11% vs 0%, P= 0.049) y E3: Enfermedad neurológica con deterioro cognitivo (11.68% vs 2.74%, P= 0.028), la categoría A1: Insuficiencia cardíaca (68.61% vs 47.65%, P= 0.003), la presencia de delirium en el último ingreso (18.25% vs 2.70%. P = 0,001), el grado de disnea (NYHA y/o MRC), la oxigenoterapia domiciliaria (25.37% vs 11.27% P=0.017), el índice pronóstico PROFUND (8.19 DE±4.1 vs 3.07 DE±3.19, P=0.000), la escala funcional de BARTHEL (54.12 DE±28.68 vs 90.07 DE±15.74, P=0.000), así como la baja masa muscular (26.53 DE±9.54 vs 32.43DE±1.76, P=0.000) y el menor agua corporal total (40.23 DE±9.47 vs 43.48 DE±9.14. P=0.002).

CONCLUSIONES

Detectamos una elevada prevalencia de fragilidad dentro de la muestra de pacientes pluripatológicos incluidos en el estudio, de hasta el 64%. La fragilidad se asoció con la insuficiencia cardíaca, enfermedades neurológicas crónicas, neoplasias/anemia crónica, enfermedades osteoarticulares limitantes, determinados síntomas propios de estadíos

avanzados de enfermedades crónicas, con la limitación funcional y con una peor escala pronóstica PROFUND.

BIBLIOGRAFÍA

1. L.P. Fried, C.M. Tangen, J. Walston, A.B. Newman, C. Hirsch, J. Gottdiener, et al. *Frailty in older adults: evidence for a phenotype. J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 56 (2001), pp. M146–M156

Enfermedades raras

ER-01 REMISIÓN CLÍNICA DE PORFIRIA CUTÁNEA TARDA TRAS EL TRATAMIENTO DE VHC

M. Pérez Quintana, S. Rodríguez Suárez, A. González Estrada, P. García Ocaña, J. Alarcón García, J. García Morillo

Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Virgen del Rocío. Sevilla

OBJETIVOS

La porfiria cutánea tarda (PCT), debida a una actividad reducida de la uroporfirinógeno decarboxilasa, es la más común de las porfirias. Puede ser hereditaria (AD) o esporádica, siendo indistinguibles desde el punto de vista clínico. Dentro de las esporádicas se ha descrito una fuerte asociación a la infección por el VHC, cuya prevalencia global se estima entorno al 50% siendo muy variable entre las series. El mecanismo por el que se produce aún a día de hoy es desconocido, si bien se propuso un papel citopático del virus que induce una disminución de la actividad de la enzima uroporfirinógeno decarboxilasa. Así, se recomienda el tratamiento de la infección del VHC cuando se asocia a PCT. El objetivo de nuestro estudio es estudiar las características clínicas, biológicas y terapéuticas de nuestra cohorte de PCT asociada a infección del VHC, con especial atención a la respuesta clínica tras la terapia antiviral.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional descriptivo, retrospectivo, de una cohorte de pacientes en seguimiento en la Unidad de Enfermedades Minoritarias del HUVR afectados de PCT asociada a infección por virus de la hepatitis C. Los datos se analizaron con el programa estadístico SSPS 15.0.

RESULTADOS

Nuestra cohorte de pacientes con porfiria cutánea tarda la componen un total de 32 pacientes, 26 hombres y 6 mujeres, con una edad mínima de 35 años y máxima de 83 (media de 55 años). En 15 de los pacientes (36%) la aparición de la PCT está asociada a la enfermedad por Virus de la Hepatitis C. Del total de 15 pacientes, 12 (80%) comenzaron tratamiento y, de éstos 7 (46%) lo combinaron con sangrías periódicas. En 3 de los 12 casos tratados no se consiguió la negativización de la carga viral del VHC. A pesar de ello, en los 12 casos tratados con antivirales se consiguió la remisión de la sintomatología asociada a la porfiria (principalmente lesiones cutáneas en zonas expuestas). Se analizaron también parámetros de función hepática y metabolismo férrico en 10 de los pacientes, así como estudio de porfirinas en sangre y orina en 3 de ellos, sin que haya una reducción significativa de los parámetros estudiados una vez instaurado el tratamiento.

CONCLUSIONES

Según nuestros resultados, la prevalencia del VHC coexistente con la PCT es inferior que en otras series publicadas. Según nuestras observaciones, el tratamiento antiviral del VHC induce remisión clínica de la sintomatología asociada a la porfiria, si bien, el mecanismo patogénico común de las dos entidades se encuentra en discusión y en algunos casos la mejoría puede ser atribuida al tratamiento con sangrías en lugar de al tratamiento antiviral.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ryan Caballes F1, Sendi H, Bonkovsky HL. Hepatitis C, Porphyria Cutanea Tarda, and Liver Iron: An Update *Liver Int.* 2012 Jul;32(6):880-93.
2. *Porphyria Cutanea Tarda and Hepatitis C virus Infection. UpToDate* 2015.
3. Gisbert JP, García-Buey L, Pajares JM, Moreno-Otero R. Prevalence of hepatitis C virus infection in porphyria cutanea tarda: systematic review and meta-analysis. *J Hepatol* 2003; 39:620

ER-04 RESULTADOS DEL TRASPLANTE HEPÁTICO EN LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD DE ANDRADE DEL FOCO ENDÉMICO DE HUELVA

F. Muñoz Beamud⁽¹⁾, C. Borrachero Garro⁽¹⁾, A. Hidalgo Jiménez⁽¹⁾,
M. De Sousa Baena⁽¹⁾, S. Benito Conejero⁽¹⁾, L. Marín Gómez⁽²⁾,
M. Gómez Bravo⁽²⁾, I. Martín Suárez⁽¹⁾

⁽¹⁾Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Universitario de Huelva

⁽²⁾Cirugía General. Trasplante hepático. Complejo Hospitalario Virgen del Rocío.
Sevilla

OBJETIVOS

Evaluar los resultados del trasplante hepático en nuestra serie de pacientes con polineuropatía amiloidótica familiar (PAF) o enfermedad de Andrade en términos de supervivencia y complicaciones clínicas asociadas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo de una serie de 42 pacientes con PAF con un seguimiento mínimo de 12 meses y selección de aquellos que habían recibido tratamiento con trasplante hepático. Se recogieron variables epidemiológicas y clínicas y se analizaron mediante una estadística descriptiva simple con especial atención a la supervivencia post-procedimiento

RESULTADOS

Se registraron 22 trasplantados dentro de nuestra serie de 42 pacientes con PAF (52,4%). Todos presentaban la mutación Val30Met de la transtirretina. La distribución por sexos fue de 16 varones (72,7%) y 6 mujeres (27,3%), con una edad media a la recepción del órgano

de 52,8 años. La demora diagnóstica fue de 23,7 meses desde el inicio de los síntomas. El tiempo medio desde el diagnóstico hasta la recepción del órgano fue de 8,72 meses. En fase inicial o estadio I de Coutinho fueron trasplantados 18 pacientes (81,8%); 4 pacientes lo fueron en fase II. Hasta en 17/42 pacientes de la serie el trasplante estuvo contraindicado por estadio avanzado (estadio III de Coutinho) y por edad superior a los 65 años; 2 pacientes rehusaron someterse a trasplante. Cinco pacientes (22,7%) precisaron retrasplante: 4 por trombosis de arteria hepática y un paciente por rechazo agudo. Otros 6 pacientes presentaron sendos rechazos agudos y crónicos, satisfactoriamente controlados con inmunosupresores. Un paciente de los 22 trasplantados falleció a los 6 meses del trasplante por fallo hepático agudo (4,5%). Otras complicaciones fueron infecciones oportunistas (40,9%), especialmente por CMV y toxicidad por inmunosupresores (13,6%). La supervivencia a los 12 meses fue del 96,5%; en aquellos pacientes con más de 5 años de seguimiento post-trasplante (12/21 pacientes, 57,1%) la supervivencia es del 100%. Como referencia, los datos del Familial Amyloidotic Polyneuropathy World Transplant Registry (FAPWTR) se sitúan en el 82,5%. Hasta 7/21 pacientes permanecen vivos habiendo superado 10 años de seguimiento.

CONCLUSIONES

bajo nuestra experiencia, el trasplante hepático en los pacientes con PAF ha constituido un tratamiento eficaz para detener una enfermedad degenerativa y mortal, con una supervivencia similar a la descrita en la literatura. No obstante, la alta frecuencia de complicaciones observada llevará en un futuro cercano a sustituirlo por otras opciones, en espera de la llegada de los resultados de los nuevos fármacos y ensayos clínicos ya en marcha.

BIBLIOGRAFÍA

1. Wilczek HE1, Larsson M, Ericzon BG; FAPWTR. Long-term data from the Familial Amyloidotic Polyneuropathy World Transplant Registry (FAPWTR). *Amyloid*. 2011 Jun;18 Suppl 1:193-5.

Enfermedad vascular

EV-03 LA CALIDAD Y CANTIDAD DE LA GRASA DE LA DIETA INFLUYE EN EL GRADO DE SENESCENCIA EN PACIENTES MAYORES DE 65 AÑOS CON ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR ESTABLECIDA: ESTUDIO CORDIOPREV

A. Arenas de Larriva, J. Torres Peña, A. León Acuña, O. Rangel Zúñiga, A. Ortiz Morales, A. Pérez Caballero, F. Pérez Jiménez, P. Pérez Martínez
Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba

OBJETIVOS

El estilo de vida, y fundamentalmente la dieta, son factores potenciales para reducir la tasa de acortamiento de los telómeros o, al menos, prevenir un excesivo acortamiento, conduciendo a un aumento de la capacidad regenerativa del endotelio debido a una reducción en los fenómenos de senescencia. Nuestro objetivo fue estudiar si la calidad y cantidad de la grasa de la dieta influyen sobre la longitud de los telómeros en pacientes con enfermedad cardiovascular establecida mayores de 65 años.

MATERIAL Y MÉTODOS

310 pacientes mayores de 65 años fueron analizados dentro del estudio CORDIOPREV (NCT00924937). Se obtuvo información sobre los hábitos dietéticos a través de un cuestionario de frecuencia de consumo de alimentos. Además se aisló el ADN mediante el método de "salting out" y se determinó la longitud relativa de los telómeros (RTL) mediante RT-PCR en tiempo real.

RESULTADOS

Se observaron diferencias significativas entre la RTL y el porcentaje de ingesta de grasa saturada. Así los sujetos con una ingesta de grasa saturada <8.09 % kcal de la ingesta total (tertil 1), mostraron una mayor RTL con respecto a los otros dos tertiles de ingesta (T2 y T3) (T2= 8,10-9,64; T3>9,65 % kcal) (p<0.05). No se observaron diferencias significativas entre la RTL y el porcentaje de ingesta total de grasa, el porcentaje de ingesta de ácidos grasos monoinsaturados y el porcentaje de ingesta de ácidos grasos poliinsaturados. No se objetivaron diferencias entre hombres y mujeres.

CONCLUSIONES

Nuestros resultados sugieren que la RTL podría estar asociada con la calidad y cantidad de la grasa saturada ingerida. Estos hallazgos sugieren la importancia de la alimentación como herramienta biomoduladora del proceso de senescencia, previniendo o favoreciendo el envejecimiento de calidad.

11-13 de Junio de 2015

Hotel Barceló Punta Umbría Centro de Convenciones. Huelva

BIBLIOGRAFÍA

1. *Influence of endothelial dysfunction on telomere length in subjects with metabolic syndrome: LIPGENE study. J.Age (Dordr). 2014;36(4):9681*

Enfermedades Infecciosas

I-03 NEUMONÍA POR PNEUMOCYSTIS EN PACIENTES VIH-NEGATIVOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL AMERICANO

M. Calero Bernal⁽¹⁾, A. Calzada Valle⁽¹⁾, P. Rodríguez Torres⁽¹⁾, E. Pereira Díaz⁽¹⁾, F. Ruiz Ruiz⁽¹⁾, F. Moreno Verdejo⁽¹⁾, E. Carmona Porquera⁽²⁾, A. Limper⁽²⁾

⁽¹⁾Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Virgen del Rocío. Sevilla

⁽²⁾Pulmonary and Critical Care. Thoracic Diseases Research Unit. Mayo Clinic College of Medicine. United States

OBJETIVOS

Determinar las características de la neumonía por Pneumocystis (PCP) en pacientes VIH-negativos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo de episodios de PCP en la Clínica Mayo (Rochester, Minnesota) entre 2006 y 2010. El diagnóstico requirió síntomas de neumonía e identificación de los organismos de Pneumocystis por reacción en cadena de la polimerasa (PCR) a tiempo real o tinción.

RESULTADOS

128 pacientes fueron identificados y clasificados dependiendo de la condición basal: neoplasias hematológicas (16%), procesos inflamatorios (20%), tumores sólidos (13%), trasplante (9%), enfermedad hepática terminal (1%), EPOC/asma (3%) y otras enfermedades crónicas (6%). El diagnóstico se realizó mediante lavado broncoalveolar (BAL) en 83 pacientes, esputo en 11 y biopsia en 1. Pneumocystis jiroveci fue identificado por PCR en el 71% de los casos. 67 pacientes requirieron ingreso en la unidad de cuidados intensivos (UCI) y 53% de ellos necesitaron soporte ventilatorio. La mortalidad en UCI fue del 27%. 111 pacientes estaban recibiendo agentes inmunosupresores previamente al diagnóstico, pero sólo 9 estaban recibiendo profilaxis. Los esteroides eran parte de la medicación en 98 pacientes. De éstos, 3 estuvieron en tratamiento con esteroides menos de 6 semanas previas al diagnóstico. Si habían recibido más de seis semanas de tratamiento con esteroides, sólo el 61% estaba con dosis diaria. Si el paciente estaba sólo con esteroides, la dosis media fue superior (29 mg/d.) que si estaban con esteroides más otros agentes inmunosupresores (22 mg/d.). 16 pacientes estaban en tratamiento inmunosupresor pero no habían recibido esteroides. Rituximab se encontró en un 31% de estos casos. No se identificó tratamiento inmunosupresor previo en 11 pacientes.

CONCLUSIONES

La neumonía por *Pneumocystis* debe sospecharse en pacientes inmunocomprometidos con disnea e infiltrados pulmonares incluso si no están recibiendo una dosis diaria de esteroides. Se trata de una entidad con una alta mortalidad, particularmente en pacientes que ingresan en una unidad de cuidados intensivos. Se observa una importante falta de profilaxis que podría haber prevenido la mayoría de los casos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Fillatre P, Decaux O, Jouneau S, et al. Incidence of *Pneumocystis jirovecii* Pneumonia among Groups at Risk in HIV-negative Patients. *The American journal of medicine*. 2014.
2. Lemiale V, Debrumetz A, Delannoy A, Alberti C, Azoulay E. Adjunctive steroid in HIV-negative patients with severe *Pneumocystis pneumonia*. *Respiratory research*. 2013;14:87.

Tabla 1. Tratamiento esteroideo e inmunosupresor previo

| CON TRATAMIENTO INMUNOSUPRESOR | NO ESTEROIDES 16 | ESTEROIDES CRONICOS 38 | ESTEROIDES EN QUIMIOTE RAPIA 25 | ESTEROIDES CRÓNICOS Y EN QUIMIOTE RAPIA 14 | ESTEROIDES MENOS DE 4 SEMANAS 0 |
|--------------------------------|------------------|------------------------|---------------------------------|--|---------------------------------|
| SIN TRATAMIENTO INMUNOSUPRESOR | 14 | 18 | 0 | 0 | 3 |

I-06 CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICAS DE LA NEUMONÍA POR PNEUMOCYSTIS EN PACIENTES SIN INFECCIÓN POR VIH EN ESPAÑA

E. Pereira Díaz⁽¹⁾, A. Calzada-Valle⁽¹⁾, A. García López⁽²⁾, M. Calero Bernal⁽¹⁾, F. Ruiz Ruiz⁽¹⁾, F. Moreno-Verdejo⁽¹⁾, E. Calderón-Sandubete⁽¹⁾, F. Medrano-Ortega⁽¹⁾

⁽¹⁾Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen del Rocío. CIBER de Epidemiología y Salud Pública. Instituto de Biomedicina. Sevilla

⁽²⁾Centro de Salud de Cala. Distrito Sanitario de Atención Primaria de Aljarafe. Sevilla

OBJETIVOS

Tras la introducción del tratamiento antirretroviral de alta eficacia en la década de los 90 se produjo una importante disminución en la incidencia de la neumonía por *Pneumocystis* (PcP). En un estudio reciente realizado en el Sistema Nacional de Salud del Reino Unido se ha registrado un incremento anual del 7% en los ingresos por PcP entre 2000 y 2010 en pacientes inmunodeprimidos sin infección por VIH. Definir factores de riesgo para el

desarrollo de PcP es importante para identificar aquellos grupos de pacientes que pueden ser susceptibles de recibir profilaxis y/o someterse a una estrecha vigilancia. El objetivo de nuestro estudio fue conocer la incidencia, características clínico-epidemiológicas y perfil de riesgo de la PcP en paciente sin infección por VIH en España durante el periodo 2003-2007.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño: Estudio observacional transversal (enero 2003-diciembre 2007); Ámbito: Todo el territorio nacional español; Criterios de inclusión: Pacientes hospitalizados con diagnóstico principal o secundario de neumonía por *Pneumocystis* (CIE 9MC 136.3) que no presentaran infección por VIH en el momento del alta (CMBD, 2003-2007); Variables analizadas: número de sujetos, edad media, estancia media, media de peso español GDR (grupos relacionados con el diagnóstico), coste medio del episodio, reingresos en los 30 días posteriores al alta, mortalidad y categorías de riesgo para el desarrollo de la PcP.

RESULTADOS

Se registraron un total de 917 casos de PcP en pacientes sin infección por VIH. La edad media de los pacientes fue de 54,5 años. En la Fig. 1 se muestra la evolución anual de las diferentes variables durante el periodo de estudio. Los factores de riesgo más frecuentes se muestran en la Fig. 2. Se observó un descenso de casi un 10% de las neoplasias hematológicas y un incremento del 5% en las patologías respiratorias. Existió una mayor incidencia de PcP en los meses de invierno y otoño.

CONCLUSIONES

1) En España durante el periodo 2003-2007 la incidencia de PcP ha disminuido significativamente en pacientes con infección por VIH pero permanece estable en sujetos sin infección por VIH; 2) Durante el periodo de estudio se observa una elevada mortalidad por PcP y un incremento del coste de la hospitalización que no se relaciona con un incremento de la complejidad de los pacientes; 3) En pacientes sin infección por VIH los principales factores de riesgo para el desarrollo de PcP son los tumores hematológicos y no hematológicos y la presencia enfermedades respiratorias crónicas, aunque en más del 18% de los casos no se pudo identificar asociación con ninguna patología subyacente. 4) La PcP tiene un patrón de presentación estacional, con una mayor incidencia de casos en invierno que apoya la transmisión respiratoria de *Pneumocystis*.

BIBLIOGRAFÍA

1. *Emerg Infect Dis* 2013;19:386-92

I-10 **EVALUACIÓN DEL TRATAMIENTO Y LA DESESCALADA TERAPÉUTICA DE BACTERIEMIAS POR BACILOS GRAM NEGATIVOS TRAS LA IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE BACTERIEMIAS**

J. Rodríguez Rodríguez⁽¹⁾, I. Pérez Camacho⁽¹⁾, E. Fernández Fuertes⁽¹⁾,
A. López Lirola⁽¹⁾, T. Cabezas Fernández⁽²⁾, J. Cuenca Gómez⁽¹⁾,
J. Salas Coronas⁽¹⁾, A. Lozano Serrano⁽¹⁾

⁽¹⁾AIG de Medicina Interna, ⁽²⁾Laboratorio de Microbiología. AIG de Biotecnología.
Hospital de Poniente. El Ejido (Almería)

OBJETIVOS

La desescalada en el tratamiento antibiótico es infrutilizada a pesar de aportar importantes beneficios. Nos planteamos evaluar el impacto de la instauración de un Programa de bacteriemias en nuestro hospital sobre la realización de “desescalada” terapéutica en pacientes con bacteriemia por bacilos gram negativos (BGN).

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio cuasiexperimental realizado en dos periodos. Recogida prospectiva de los episodios de bacteriemia por BGN en pacientes hospitalizados (excluyendo UCI y Pediatría) entre enero y julio de 2014, durante la vigencia del Programa de Bacteriemias (período intervención, PI). Retrospectivamente se recogieron los episodios de bacteriemia por BGN en pacientes hospitalizados (salvo UCI y Pediatría) en el mismo periodo de 2011 (período pre-intervención, PPI). La “desescalada” terapéutica definida como cambio de pauta antimicrobiana empírica a otra dirigida de menor espectro, fue la variable principal. Se recogieron además variables demográficas, factores intrínsecos y extrínsecos, características clínicas, pronósticas y etiológicas. El análisis estadístico se realizó con el paquete estadístico SPSS 18.

RESULTADOS

Se identificaron 74 bacteriemias por BGN en total, 40 en el PPI y 34 en el PI. Hombres 48 (64,9%), edad media 67,7 años (DE 15,3). Veintisiete (36,5%) fueron de adquisición comunitaria, 23 (31,1%) relacionadas con cuidados sanitarios y 24 (32,4%) nosocomiales. El foco más frecuente de la bacteriemia fue el urinario (43.2%), seguido del respiratorio (16.2%). Escherichia coli fue responsable del 60,8% (45) de las bacteriemias. En 35 (47,3%) pacientes la bacteriemia se presentó como sepsis, como sepsis grave en 18 (24,3%) y en 3 (4,1%) como shock séptico. Hubo 10 (13,5%) éxitos relacionados con la infección en el PPI y 5 (6,8%) en el PI. El tratamiento empírico más frecuente en el PPI fueron quinolonas, mientras que en el PI fueron las cefalosporinas de 3ª generación; con 26 (35.1%) y 12 (35.1%) pacientes respectivamente. El número de BGN resistentes a cefalosporinas aislados en el PPI fue significativamente inferior al detectado en el PI, 12 (35,3%) vs 3 (7,5%) respectivamente (p=0,03, IC 95%). Se produjeron además 4 (11,8%) bacteriemias

por BGN productor de carbapenemasas durante el PI frente a ninguna durante el PPI ($p=0,4$, IC 95%). En el PPI se realizó “desescalada” en 17 (42,5%) de los episodios frente a 20 (58,8%) de los ocurridos durante el PI ($p=0,162$, IC 95%). Los antibióticos a los que se desescaló con mayor frecuencia fueron quinolonas en 12 (16,2%) pacientes, seguidos de aminopenicilinas en 10 (13,5%).

CONCLUSIONES

La instauración de un Programa de Bacteriemias ha supuesto un incremento en la proporción de episodios de bacteriemia por BGN en los que se realiza “desescalada”, sin la significación estadística. Ello se debe a la proporción de desescalada relativamente alta en el PPI en comparación con otros estudios, a un mayor porcentaje de BGN multirresistentes aislados durante el PI y al escaso tamaño de la muestra analizada.

BIBLIOGRAFÍA

1. Heenen S, Jacobs F, Vincent JL. *Antibiotic strategies in severe nosocomial sepsis: why do we not de-escalate more often?* Crit Care Med. 2012; 40(5):1404-9.

Inflamación y enfermedades autoinmunes

IF-06 UVEÍTIS: FACTORES RELACIONADOS CON EL PRONÓSTICO

M. Del Río Pardo⁽¹⁾, M. Jódar Márquez⁽²⁾, M. Ayala Gutiérrez⁽³⁾, L. Echevarría Lucas⁽⁴⁾, A. Chinchurreta Capote⁽⁵⁾, F. Rosales Villalobos⁽⁶⁾, F. Borrás Rubia⁽⁷⁾, E. De Ramón Garrido⁽³⁾. Grupo para el estudio de la frecuencia de uveítis en la provincia De Málaga

⁽¹⁾Servicio de Oftalmología. Hospital Civil. Málaga

⁽²⁾Servicio de Oftalmología. Hospital de la Serranía. Ronda (Málaga)

⁽³⁾Servicio de Medicina Interna. Hospital General. Málaga

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

⁽⁵⁾Servicio de Oftalmología. Hospital Costa del Sol. Marbella (Málaga)

⁽⁶⁾Servicio de Oftalmología. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria. Málaga

⁽⁷⁾Servicio de Oftalmología. Hospital Materno Infantil. Málaga

OBJETIVOS

Evaluación de los factores relacionados con el pronóstico de las uveítis en una cohorte de pacientes de un área geográfica bien definida del sur de España (provincia de Málaga).

MATERIAL Y MÉTODOS

Registros médicos (información previamente establecida, recogida por los oftalmólogos encargados de la atención de los pacientes) de todos los pacientes con uveítis atendidos en los servicios de oftalmología de 6 centros hospitalarios del Sistema Público de Salud de Andalucía en la provincia de Málaga entre el 1/05/2011 y el 30/04/2012. Todos los pacientes recibieron información sobre el estudio, aprobado por el comité ético de uno de los centros, y firmaron un consentimiento informado.

RESULTADOS

Se registraron 589 pacientes (edad al estudio: 45,7±18,3 años, 58,6%, mujeres, 92,5%, raza caucásica). En el análisis de regresión logística multivariante, los factores relacionados con la presencia de alguna complicación (catarata, glaucoma, edema macular, desprendimiento exudativo de retina, neovascularización retiniana y hemorragia vítrea) fueron: tiempo de evolución de la enfermedad (OR:1,003), edad al estudio (OR: 1,033), localización anatómica (anterior: 0,384, intermedia: 0,599*, posterior: 0,404, panuveítis: 1,000), y el curso clínico (agudo: 0,304, recurrente: 0,552, crónico: 1,000). Otros factores incluidos en el modelo que no mostraron significación estadística (p incl < 0,05 y p excl < 0,10) fueron: edad al comienzo de la enfermedad en tres grupos [≤ 16 años; 16-60 años; > 60 años], etnia [caucásicos frente a otras], género y clasificación clínicoetiológica.

* p no significación estadística.

CONCLUSIONES

En las uveítis, un tiempo de evolución más prolongado, el inicio de la enfermedad más tardío, la localización anatómica posterior e intermedia y un curso clínico crónico determinan mayor número de complicaciones.

BIBLIOGRAFÍA

1. Tomkins-Netzer O, Talat L, Bar A, Lula A, Taylor SR, Joshi L, Lightman S .Long-term clinical outcome and causes of vision loss in patients with uveitis. *Ophthalmology*. 2014;121(12):2387-92.
2. Miserocchi E, Fogliato G, Modorati G, Bandello F. Review on the worldwide epidemiology of uveitis. *Eur J Ophthalmol*. 2013;23(5):705-17

Riesgo vascular

RV-03 RELACIÓN EN NUESTRA POBLACIÓN DEL ÍNDICE TG/HDL CON LOS PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO VASCULAR Y LA ENFERMEDAD VASCULAR ESTABLECIDA

I. Tinoco Racero⁽¹⁾, E. Ruiz Blasco⁽¹⁾, V. Domínguez Aragón⁽¹⁾, R. Toro Cebada⁽²⁾, N. Caro Gómez⁽¹⁾, A. Mangas Rojas⁽²⁾

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

⁽²⁾Departamento de Medicina. Facultad de Medicina Universidad de Cádiz. Cádiz

OBJETIVOS

Describir en nuestra población los principales factores de riesgo vascular asociados a la presencia de un índice TG/HDL elevado y la relación de este con la enfermedad vascular.

MATERIAL Y MÉTODOS

Seleccionamos 2 grupos similares, uno con c-HDL bajo (<40 mg/dl en hombres y < 45 mg/dl en mujeres) y el resto con c-HDL normal. Se revisan las Hª clínicas de cada uno de estos pacientes, recogiendo los principales FRV; Hipertensión, Diabetes, Tabaquismo, Disfunción renal medida por el MDRD y otros parámetros analíticos (glucemia capilar, ácido úrico, colesterol total, c-LDL, TG, colesterol No HDL). Investigamos el uso previo de estatinas y si estos sujetos han sido diagnosticados de cualquier evento cardiovascular. Se considera un índice de Yamamura (TG/HDL) elevado si está por encima de 3. En total obtenemos los datos de 1903 pacientes por encima de los 18 años, que unificamos en 2 grupos, uno de hombres y mujeres con índice TG/HDL normal (<3), en total 1053 y otro con índice elevado (>3), 850 sujetos. Se utiliza el paquete estadístico SPSS 20, relacionando las poblaciones totales con índice TG/HDL normal o elevado con los otros principales FRV y los eventos cardiovasculares, mediante un estudio bivalente y análisis del χ^2 . Posteriormente realizamos una regresión logística binaria, considerando como variable dependiente el tener o no un índice de Yamamura elevado, en relación a los factores de riesgo vascular que inicialmente nos han salido significativos.

RESULTADOS

La edad media de los 1903 pacientes es de 59 años, siendo 977 mujeres (51%) y 926 (49%) hombres. Las principales características descriptivas se expresarán en una tabla (1). Del total, 850 (45%) presentan un índice TG/HDL alto, el 41% de las mujeres y el 49% de los varones. Los porcentajes de Hipertensos (55% vs 43%), diabéticos (39 vs 23%), fumadores (23 vs 17%) y pacientes con un FG < 50 mL/min/1,73 m² (12 vs 4%) son siempre más elevados en el grupo con el índice TG/HDL alto. También se cumple esta premisa para la hiperuricemia (19 vs 8%), uso previo de estatinas (29 vs 20%) y la presencia de enfermedad

vascular en forma de cardiopatía isquémica (14 vs 5%), enfermedad cerebrovascular (7 vs 4%) o arteriopatía periférica (6 vs 5%). Al realizar el estudio bivalente, aparece una relación estadísticamente significativa entre el índice de Yamamura elevado y la presencia de HTA, DM, hiperuricemia, disfunción renal, tabaquismo, uso previo de estatinas y C. isquémica (todas ellas con $p < 0,001$). También existe una relación significativa con la enfermedad cerebrovascular ($p < 0,05$) no así con la vasculopatía periférica. En el estudio multivariante, considerando dependiente el índice TG/HDL, en relación al resto de FRV, permanecen todos significativos excepto la HTA y el uso previo de estatinas (se expresaran en tabla 2). Si hacemos un estudio multivariante considerando como variable a explicar la Cardiopatía isquémica y la enfermedad cerebrovascular, el índice de Yamamura elevado permanece significativo como factor de riesgo frente a la cardiopatía isquémica ($n=117/850$ vs $51/1053$; OR 2,18; IC 95%, 1,49-3,17; $p < 0,001$), pero no así para la enfermedad cerebrovascular.

CONCLUSIONES

En la nuestra población, con 850 sujetos con índice TG/HDL elevado, este se relacionan de forma significativa con los principales factores de riesgo vascular (hipertensión, tabaquismo, diabetes, y disfunción renal), así como con la hiperuricemia. También existe una asociación significativa de estos niveles con la presencia de cardiopatía isquémica, erigiéndose en el estudio multivariante un índice de Yamamura elevado cómo un factor de riesgo destacable.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bertoluci C. et al. *Insulin resistance and triglyceride/HDLc index are associated with coronary artery disease. Diabetology & Metabolic Syndrome 2010, 2:11*

RV-04 EL CONSUMO CRÓNICO DE UNA DIETA SALUDABLE MEJORA LA FUNCIÓN ENDOTELIAL DE PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 Y ALTO RIESGO CARDIOVASCULAR

J. Torres Peña, F. Gómez Delgado, A. Arenas de Larriva, A. León Acuña, N. Delgado Casado, F. Fuentes Jiménez, A. García Ríos, J. López Miranda
Unidad de Lípidos y Arteriosclerosis. UGC Medicina Interna. I. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba

OBJETIVOS

Determinar si el consumo de un patrón dietético saludable (Dieta Mediterránea rica en aceite de oliva o una dieta baja en grasa) se asoció con una mejoría en la función endotelial en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y alto riesgo cardiovascular.

MATERIAL Y MÉTODOS

La función endotelial (FE) se analizó en 1002 pacientes con enfermedad coronaria incluidos en el estudio CORDIOPREV, en tiempo basal y tras un año y medio consumiendo una de las dos dietas propuestas. La FE se evaluó usando la vasodilatación mediada por flujo en la arteria braquial (DABMF) medida mediante ultrasonografía.

RESULTADOS

Al inicio del estudio los pacientes diabéticos presentaron mayor glucosa en plasma, hemoglobina glicada, tensión arterial sistólica, triglicéridos, proteína C reactiva, perímetro de cintura, índice de masa corporal y valores menores de lipoproteína de alta densidad y DABMF en comparación con los pacientes no diabéticos. Los pacientes no diabéticos mostraron mayor DABMF, tanto basal ($5,01 \pm 0.29$ vs. $3,18 \pm 0.25$, $p < 0.001$) y después de 1.5 años de seguimiento (4.53 ± 0.26 vs 3.99 ± 0.23 , $p=0.12$) respecto a los pacientes diabéticos. Globalmente los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 experimentaron una mejoría de la función endotelial, registrando un aumento de la DABMF (3.99 ± 0.23 vs $3,18 \pm 0.25$, $p=0.001$) respecto a los estudios basales. No se objetivaron diferencias significativas en los paciente no diabéticos ($5,01 \pm 0.29$ vs 4.53 ± 0.26 , $p=0.073$). Analizando ambas dietas por separado, los pacientes diabéticos que siguieron una Dieta Mediterránea rica en aceite de oliva presentaron mayor DABMF (4.17 ± 0.35 vs 3.43 ± 0.37 , $p=0.029$) respecto a los estudios basales. Aquellos que siguieron una dieta baja en grasa experimentaron una respuesta similar, objetivándose una mayor DABMF (3.81 ± 0.3 vs 2.94 ± 0.35 , $p=0.004$) respecto a estudios basales. En paciente no diabéticos, no se observaron diferencias significativas de la DABMF, independientemente del tipo de dieta seguida.

CONCLUSIONES

Nuestros datos apoyan que el consumo crónico de un patrón de dieta saludable se asocia con una mejoría en la función endotelial en pacientes con alto riesgo cardiovascular y diabetes mellitus tipo 2.

BIBLIOGRAFÍA

1. Schroeder S, Enderle MD, Ossen R, Meisner C, Baumbach A, Pfohl M, Herdeg C, Oberhoff M, Haering HU, Karsch KR. Noninvasive determination of endothelium-mediated vasodilation as a screening test for coronary artery disease: Pilot study to assess the predictive value in comparison with angina pectoris, exercise electrocardiography, and myocardial perfusion imaging. *Am Heart J.* 1999;138:731-739.

Enfermedad tromboembólica**T-02 TIEMPO EN RANGO TERAPÉUTICO EN PACIENTES ANTICOAGULADOS CON FÁRMACOS ANTIVITAMINA K EN PRÁCTICA CLÍNICA REAL**

A. Ostos Ruiz, C. Espejo Fernández, J. Carrasco Sánchez, A. Hidalgo Jiménez, M. Machado Vilchez

Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario de Huelva. Huelva

OBJETIVOS

Conocer el tiempo en rango terapéutico (TRT) en pacientes anticoagulados con fármacos anti-vitamina K por fibrilación auricular no valvular (FANV) o flutter en situación de práctica clínica real. Evaluar las variables asociadas a un correcto nivel de anticoagulación. Medir el impacto del sangrado en relación con el TRT.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo de pacientes anticoagulados por FANV y seguidos de forma ambulatoria en dos áreas específicas de salud dependiente de nuestro centro. Analizamos las determinaciones de INR en los últimos 6 meses y determinamos el TRT y posibles variables asociadas al control. Obtuvimos el TRT de cada paciente mediante el cálculo de la fracción del número de INR en rango terapéutico, dividido por el número total de controles durante el periodo de estudio. Realizamos un análisis descriptivo de las variables incluidas calculando frecuencia (%) para las variables cualitativas, y media (DS) o mediana (p25-p75) para las variables cuantitativas.

RESULTADOS

Se incluyeron 123 pacientes. La edad media fue de 76,15 años (SD 9,006), siendo el 51,2% varones. El TRT medio fue de 63,42% (SD 22,04) con una mediana de 66 (50-80). El número medio de controles durante los 6 meses fue de 7,47 (SD 2,4). Los pacientes presentaban una mediana de CHA2DSVASC2 de 3,86 (3-5), y de HASBLED de 2,48 (2-3). El porcentaje de pacientes con TRT < 75, 65 y 55 %, fue del 70,7, 48,8 y 35,8 %, respectivamente. Analizamos los datos incluyendo a los pacientes en dos grupos en función de TRT≤55 / TRT>55. Encontramos diferencias significativas en algunas de las variables a estudio. La enfermedad vascular periférica en el grupo de TRT≤55 con 8 pacientes (18,2%), frente a 4 (5,1%); p=0,019; mientras que en la alteración de la función hepática TRT≤55 con 6 pacientes (13,6%), frente a 2 (2,5%) p=0,017. Contrastando las hemorragias, el grupo con TRT≤55 presentaron 11 episodios (25%) frente a 7 (8,9%); odds ratio 3,42 (95% IC 1,22-9,63); p=0,015. Con respecto al número de controles realizados, se objetiva en el grupo de TRT≤55 una media de 9,11 (SD 2,59), frente a 6,56 (SD 1,72); p<0,0001. Al analizar el HASBLED encontramos correlación inversa con el TRT (p=-0,188; p=0,03). Existe una tendencia a agruparse pacientes de mayor edad en el grupo de peor control.

CONCLUSIONES

El TRT obtenido en práctica clínica real es similar al de los ensayos clínicos RELY (64%) y ARISTÓTELES (62%), y superior al ROCKET (55%). A pesar de un aceptable control de anticoagulación en general existe un 35,8% con muy mal control terapéutico, coincidiendo con un aumento considerable del riesgo de hemorragias, alteraciones de la función hepática y enfermedad vascular periférica. Además, el mal control terapéutico puede predecirse en los pacientes que presentan un riesgo hemorrágico elevado medido mediante la escala HASBLED. Otro aspecto de interés destacado, es que, no por realizar mayor número de controles los pacientes presentaban adecuado TRT. Los pacientes en este subgrupo podrían beneficiarse de los nuevos anticoagulantes orales. El TRT es adecuado para práctica clínica real. El número de determinaciones de INR no se corresponde con el grado de control. La enfermedad vascular periférica y la enfermedad hepática se asocian a un mal control de anticoagulación. Los pacientes con reducido TRT se relacionan con un HASBLED elevado y por tanto con un mayor riesgo hemorrágico. El HASBLED podría predecir los pacientes con reducido TRT.

BIBLIOGRAFÍA

1. *Apixaban for reduction in stroke and other thromboembolic events in atrialfibrillation.* Granger cb, *n engl j med* 2011;365:981-92
2. *Apixaban versus acetylsalicylic acid to prevent stroke in atrial fibrillationpatients who have failed or are unsuitable for vitamin k antagonist treatment.* Connolly sj; *n engl j med* 2011;364:806-17
3. *Randomized evaluation of long-term anticoagulant therapy.* Conolly sj; *n engl j med* 2009;361:1139-51.

Varios

V-07 COMPARATIVO DE LA PREVALENCIA DE DESNUTRICIÓN HOSPITALARIA
EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA ENTRE 2011 Y 2014

M. Moreno Higuera, L. Gallo Padilla, J. Callejas Rubio, I. Aomar Millán,
L. Guillén Zafra, N. Faro Míguez, M. García Morales, S. Moya Roldán
Servicio de Medicina Interna. Hospital San Cecilio. Granada (Granada)

OBJETIVOS

Comparar la prevalencia de desnutrición hospitalaria (DH) al ingreso en un servicio de Medicina Interna (MI) entre el año 2011 y el 2014.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se incluyeron todos los pacientes que ingresaron en el servicio de MI durante el mes de Febrero de 2011 y durante el mes de Junio de 2014, que disponían de analítica en las primeras 24-72 horas de ingreso. Se excluyeron los pacientes que no disponían de ésta por cualquier motivo. A partir de la historia informatizada se recogieron la edad, el sexo y el grado de DH medido mediante el sistema CONUT (CONtrol NUTricional). Se trata de una escala aceptada para determinar de forma automática la situación nutricional de los pacientes considerando los datos de laboratorio: albúmina, colesterol y linfocitos totales. El nivel de DH se clasifica como normal (0-1), leve (2-4), moderado (5-8) y grave (9-12). Este sistema se basa en una aplicación informática que recopila a diario, a través de la red interna, aquellos datos de los pacientes ingresados que se consideran útiles para evaluar su estado nutricional y que están disponibles en bases de datos del hospital. El estudio descriptivo de los datos se realizó utilizando el paquete estadístico SPSS 22.0.0.

RESULTADOS

Se exponen en la Tabla 1.

Tabla 1. Datos comparativos de DH entre 2011 y 2014.

| AÑO | n | Edad media (años) | H (%) | M (%) | DH (%) | Leve (%) | Mod (%) | Grave (%) | DH H (%) | Mod-Grave H (%) | DH M (%) | Mod-Grave M (%) |
|------|-----|-------------------|-------|-------|--------|----------|---------|-----------|----------|-----------------|----------|-----------------|
| 2011 | 80 | 79,3 (30-96) | 43,75 | 56,25 | 81,25 | 31,25 | 37,50 | 12,50 | 82,10 | 53,33 | 80,55 | 47,22 |
| 2014 | 118 | 77,3 (15-99) | 52,50 | 47,50 | 81,30 | 46,60 | 20,30 | 14,40 | 83,80 | 51,90 | 78,50 | 31,79 |

H: hombres, M: mujeres, Mod: moderada.

CONCLUSIONES

La mayoría de nuestros pacientes presentan DH, siendo en un porcentaje importante moderada-grave, no existiendo grandes diferencias entre los dos periodos. Creemos importante una mayor atención en la DH ya que existen herramientas útiles y sencillas como el CONUT, para detectarla y poder realizar una intervención precoz.

BIBLIOGRAFÍA

1. De Ulíbarri Pérez JI, Fernández G, Rodríguez Salvanés F, Díaz López AM. Nutritional screening; control of clinical under nutrition with analytical parameters. *Nutr Hosp.* 2014;29(4):797-811.
2. Pardo Cabello AJ, Bermudo Conde S, y Manzano Gamero MV. Prevalencia y factores asociados a desnutrición entre pacientes ingresados en un hospital de media-larga estancia. *Nutr Hosp.* 2011;26(2):369-75.

V-10 HIPONATREMIA EN EL PREOPERATORIO DE FRACTURA DE CADERA

A. Agudo Beato, F. Garrachón Vallo, L. Fernández López
Servicio de Medicina Perioperatoria. UGC Medicina Interna. Complejo Hospitalario Regional Virgen Macarena. Sevilla

OBJETIVOS

Desde el punto de vista de la Medicina Perioperatoria, en el preoperatorio de una cirugía urgente como es el caso, la corrección de una alteración es más prioritaria que la aproximación diagnóstica, que debe circunscribirse a la necesaria para poder establecer una terapia adecuada sin demorar la intervención. El sodio plasmático (Na) debe mantenerse en rangos cuasi normales para una intervención quirúrgica segura. Sin embargo, hay escasa bibliografía al respecto. El objetivo del presente trabajo es conocer prevalencia, demora quirúrgica, estancia y mortalidad intrahospitalaria de pacientes con sodio plasmático que requiere corrección previa a la cirugía, que presentan de fractura de cadera.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo. Se seleccionaron aleatoriamente 599 casos de fractura de cadera por fragilidad hospitalizados desde septiembre de 2010 a mayo de 2014. Se recogieron variables demográficas, comorbilidad, tratamiento en el momento del ingreso, Na al ingreso, demora quirúrgica, estancia y motivo de alta. Se consideró como hiponatremia necesaria de corrección un valor plasmático inferior a 130 mEq/l, según el protocolo institucional. Todos los casos fueron atendidos por la Unidad de Medicina Perioperatoria y con el mismo protocolo (SEMI). Para el análisis estadístico se empleó IBM Statistics SPSS v.22, y las pruebas T de Student, Chi2 y test exacto de Fischer.

RESULTADOS

De los 599 casos (edad $80,9 \pm 10,1$, rango 21-103 años, 76,1% mujeres), presentaron $\text{Na} < 130 \text{ mEq/l}$ al ingreso 35 (5,84%) como única alteración para considerar al paciente como no programable para intervención quirúrgica. No hubo diferencias significativas en edad, sexo, comorbilidad, hemoglobina, pulsioximetría, potasio ni tratamiento previo entre los grupos con normo e hiponatremia, excepto para el tratamiento con tiazidas, que fue significativamente mayor en el grupo de hiponatremia ($p=0.041$). No se intervinieron 40 casos – por cambio de indicación o éxitus – no existiendo en ese subgrupo diferencias significativas entre casos con normo e hiponatremia.

CONCLUSIONES

La hiponatremia en el preoperatorio de fracturas de cadera por fragilidad genera mayor demora en la intervención, mayor estancia hospitalaria y, previsiblemente, mayores costes. Se aprecia incremento en la mortalidad, pero sin alcanzar significación estadística. Dada la baja prevalencia, es posible que una muestra mayor ofreciera resultados más significativos. Parece interesante explorar nuevas estrategias encaminadas a reducir la demora y estancia de estos pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. *Preoperative hyponatremia and perioperative complications.* Leung AA, McAlister FA, Rogers SO Jr, Pazo V, Wright A, Bates DW. *Arch Intern Med.* 2012 Oct;172(19):1474-81.

Tabla 1. Resultados

| | | Media o % | Diferencia (95% CI) | p |
|------------------|-------------------|-----------------------------------|---------------------|-------|
| Demora IQ (días) | Na < 130 Na > 130 | $6,06 \pm 4,05$ $3,75 \pm 2,70$ | 2,31 (0,83 a 3,79) | 0,003 |
| Estancia (días) | Na < 130 Na > 130 | $14,25 \pm 8,67$ $10,96 \pm 6,14$ | 3,29 (0,26 a 6,31) | 0,034 |
| Mortalidad | Na < 130 Na > 130 | 17,14% 9,32% | | 0,140 |

Enfermería

ENF-11 GESTIÓN DE LA PROPIA SALUD EN PACIENTES CRÓNICOS INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE MEDICINA INTERNA

M. Martínez López, A. Rojas López, S. García Matez
Hospital Virgen de la Victoria de Málaga

OBJETIVOS

Determinar el nivel de conocimiento sobre su manejo terapéutico de los pacientes crónicos en nuestra unidad.

METODOLOGÍA

Según el análisis realizado por la OMS, en los países desarrollados la adherencia terapéutica en pacientes que padecen enfermedades crónicas es sólo el 50 %. Este dato permite reconocer que sólo la mitad de las personas con padecimientos crónicos realizan correctamente el tratamiento indicado y necesario para el control de su enfermedad, lo que pone en peligro la capacidad del sistema sanitario para lograr los objetivos relacionados con la salud de la población. Para abordar esta problemática hemos empleado la herramienta DecaMIRT, avalada clínicamente e incluida en el aplicativo Diraya como cuestionario. Esta herramienta presenta su punto de corte en 31, por debajo de este el paciente presenta un manejo ineficaz de su régimen terapéutico. El periodo contemplado fue 2014 y la explotación se hizo sobre la réplica de la estación de cuidados en DAH.

RESULTADOS

De un total de 125 pacientes entrevistados (67% hombres), solo el 47% tenían un manejo efectivo del régimen terapéutico. Esto se correlacionaba significativamente ($p < 0.05$) con polimedicación (más de 5 fármacos), y la edad. Los principales procesos implicados fueron: Insuficiencia cardiaca (26%), EPOC (16.7%) y Diabetes (12.4%).

CONCLUSIONES

Los datos avalan el supuesto de los problemas de adherencia que presentan los pacientes crónicos, ya que si desconocen aspectos tan determinantes como en qué consiste su enfermedad o las medidas para evitar efectos secundarios, sería ilusorio pensar en que se conviertan en un elemento determinante en el mantenimiento de su salud.

El DecaMIRT provee de una herramienta de identificación precoz de pacientes potencialmente complejos, subsidiarios de consumo sanitario –sino siguen su tratamiento, su evolución natural les llevará de nuevo al hospital-y complicaciones repetidas. Facilita el desarrollo de programas interniveles al contar con una herramienta de monitorización validada y basada en elementos comunes a ambos escenarios.

ENF-12 LA TERAPIA INHALADA PILAR FUNDAMENTAL PARA EL MANEJO Y CONTROL DE PACIENTE RESPIRATORIO HOSPITALIZADO

M. C. Dorado Guzmán, F. Campos López, M. C. Álvarez Muñoz
DUE. Hospital de Osuna

INTRODUCCIÓN

La vía inhalatoria es la más utilizada para la administración de fármacos en el área de broncodilatadores y antiinflamatorios, contribuyendo a la mejora de los pacientes con enfermedades de las vías aéreas. El papel de enfermería ocupa un lugar primordial en el correcto uso y manejo de inhaladores. Con nuestro estudio queremos demostrar que aunque la técnica de inhalación de fármacos es sencilla, se requiere de un uso correcto para su eficacia, demostrando que la educación verbal y escrita por parte del equipo sanitario hacía el paciente y el cuidador, proporciona beneficios en el tratamiento.

OBJETIVOS

Conocer uso y manejo de inhaladores del paciente hospitalizado. Educar e implicar al paciente y cuidador en el manejo de inhaladores. Valorar la eficacia de la adecuada Educación Sanitaria de Enfermería en el uso de inhaladores.

METODOLOGÍA

Estudio epidemiológico longitudinal experimental de carácter prospectivo, desde 11/2014-03/2015 en la unidad Medicina Interna Hospital la Merced. Muestra seleccionada aleatoriamente de 60 pacientes. Se realizó entrevista personal y valoración sobre el manejo de inhaladores al inicio del tratamiento (gráfica 1), a través de escala tipo LIKERT (cinco ítems; 1 Inadecuado 5 Adecuado). Tras incluirlos en el estudio al Grupo experimental se les explicó la correcta administración de inhaladores de acuerdo con el protocolo habitual del hospital, que consiste en una explicación verbal, se les entregó una guía según las recomendaciones de la SEPAR sobre el correcto procedimiento de uso de inhaladores, se analiza la comprensión de la misma y se realiza una práctica final y al Grupo control: se le explica la correcta administración de inhaladores de acuerdo con el protocolo habitual del hospital, que consiste en una explicación verbal. El análisis estadístico se realizó con el paquete informático SPSS 15.0. Para el análisis de las variables independientes se utilizó el Chi-Cuadrado y para las variables dependientes la escala LIKERT.

RESULTADOS

De los resultados obtenidos se deduce que en el grupo experimental se observó una mejora, estadísticamente significativa, el nivel crítico era inferior al 5% ($p < 0,05$) en el uso y manejo de inhaladores frente al grupo control cuyos resultados no tuvo modificaciones significativas con respecto a los datos obtenidos en nuestra encuesta de valoración inicial.

CONCLUSIONES

La entrega de la guía, así como su comprensión y práctica final por parte de enfermería, es fundamental para que el tratamiento alcance su eficacia plena, garantizando prácticas seguras en el manejo de inhaladores.

ENF-24 ANÁLISIS DE LA MORTALIDAD EN UNA UNIDAD DE MEDICINA INTERNA DE UN HOSPITAL DE AGUDOS

A. Rodríguez Hurtado, J. A. García García, I. Fernández Cordón, J. A. Mira Escarti
UGC Medicina Interna Hospital de Valme. Sevilla

OBJETIVOS

1. Identificar el perfil del paciente que fallece en una unidad de Medicina Interna de un hospital de agudos.
2. Analizar las condiciones en las que fallece.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo en el que se recogen las características y las condiciones en las que fallecieron los pacientes hospitalizados en Medicina Interna entre los meses de Diciembre del 2014 y Enero del 2015. Se elaboró una base de datos específica donde se recogieron variables demográficas, patología de base, comorbilidad, situación funcional, tratamiento prescrito en los últimos días (incluyendo antibióticos, ventilación mecánica no invasiva y amins vasoactivas) y si se usó algún tipo de sedación o se realizó limitación del esfuerzo terapéutico en los últimos días. La opinión de las familias acerca de los últimos días de vida del paciente se recogió a través de entrevista telefónica. Estos datos fueron analizados con el programa estadístico SPSS 22.

RESULTADOS

Se han incluido 53 pacientes. De ellos, el 55% de los individuos eran varones, con una edad mediana de 80 (85-73) años. Cuarenta y dos (79%) fueron pacientes pluripatológicos frente a 11 (21%) en los que su patología principal era la neoplasia. La estancia media fue de 7,9 y 14,9 días, respectivamente. El 91% de los pacientes presentaron un Índice de Charlson ≥ 2 y el 60% un índice de Barthel inferior o igual a 60 (dependencia severa) en el momento del ingreso. El 85% tenían prescrita algún tipo de analgesia en el día del fallecimiento, el 21% sedación en perfusión continua, el 9,4 % tenían prescrito ventilación mecánica no invasiva, el 7% amins y el 45% antibioterapia. En el 62% de los individuos la historia recogía limitación del esfuerzo terapéutico. El 9,4% de los pacientes fallecidos eran portadores de heridas por presión grado 4 en el día de la muerte. El 45,5% de los pacientes fallecieron en una habitación individual. Ningún paciente estaba inscrito en el registro de

voluntades vitales anticipadas. El 53% de las familias entrevistadas manifestaron estar satisfechas con la información recibida por parte de los profesionales sanitarios (médicos y enfermeras), el 33% creen que su familiar padeció dolor en los últimos días de vida, el 43% opina que padeció sufrimiento en esos días, el 87% piensa que no se le alargó la agonía de forma innecesaria y el 100% manifestó que se le permitió el acompañamiento en los últimos días de vida.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Los pacientes que fallecen en las unidades de Medicina Interna de un hospital de agudos tienen una edad media muy avanzada, un alto nivel de dependencia y elevada comorbilidad. Existe un porcentaje de individuos en los que se utilizan medidas terapéuticas avanzadas hasta el día del fallecimiento, como la antibioterapia, la ventilación mecánica invasiva o aminas vasoactivas. Además, se observa una infrutilización de la sedación paliativa en los hospitales de agudos. Todo ello a pesar de las referencias a limitación de esfuerzo terapéutico en un alto porcentaje de los individuos. . Por otro lado, más de la mitad de los pacientes fallecen en habitaciones compartidas. Es necesario que sigamos trabajando y mejorando la gestión de camas en los últimos días de vida de los pacientes para poder cumplir con uno de los derechos recogidos en la Ley de Muerte Digna (derecho a una habitación individual). Por último, es necesario un mayor acercamiento de los profesionales a las familias, mejorar la información que se ofrece y contar con ellos para la elaboración del plan de cuidados y el abordaje asistencial.

ENF-37 ANÁLISIS DE LA REALIZACIÓN / CUMPLIMENTACIÓN DE INFORMES DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS EN UNA UNIDAD DE MEDICINA INTERNA

A. Ruiz Acosta⁽¹⁾, E. Bayoll Serradilla⁽¹⁾, C. Buiza Gandullo⁽¹⁾,

M. V. Gómez Sánchez⁽¹⁾, M. L. Segura Hurtado⁽¹⁾, S. Vergara López⁽²⁾

*⁽¹⁾Enfermeras UGC Medicina Interna Interna. Hospital El Tomillar (Área de Valme).
Sevilla*

*⁽²⁾FEA coordinador UGC Medicina Interna. Hospital El Tomillar (Área de Valme).
Sevilla*

OBJETIVO

Analizar la cumplimentación y realización de los Informes de Continuidad de cuidados (ICC) al alta en una unidad de medicina interna y sugerir actuaciones de mejora.

INTRODUCCIÓN / JUSTIFICACIÓN

Trabajamos en una Unidad de Medicina Interna que atiende a pacientes pluripatológicos y paliativos oncológicos y no oncológicos. Una de nuestras señas de identidad es la

continuidad de cuidados y la relación interniveles. Para conseguirlo, nos valemos del Informe de Continuidad de Cuidados al alta hospitalaria. La enfermera referente del paciente al alta se pone en contacto con la enfermera del hospital de día que es la encargada de comunicar dicha alta a su Equipo de Atención Primaria para garantizar la continuidad de los cuidados. Algo que venía haciendo con regularidad prácticamente en el 100 % de las altas, se ha ido perdiendo de forma imperceptible. Por ello decidimos realizar el análisis de los ICC y su cumplimentación para proponer acciones de mejora que faciliten el mantenimiento de la continuidad de cuidados al alta. Este estudio coincide con el periodo de alta frecuentación de la unidad.

METODOLOGÍA

Para ello revisamos las altas hospitalarias entre el 22 de Enero y el 27 de Febrero de 2015. Para ello revisamos los siguientes ítems: realización del ICC, registro del nivel de cuidados, registro del indicador de dependencia Barthel, registro del indicador riesgo de aparición de HPP Emina. Relacionamos en número de ICC con las altas de cada una de las unidades de hospitalización y los ítems registrados con respecto al número de ICC realizados.

RESULTADOS

Se revisaron las 134 altas hospitalarias dadas durante el periodo estudiado, de las cuales 105 tenían ICC al alta. Un 75% de los pacientes se van de alta hospitalaria con ICC. – De los ICC realizados, en un 50% de los mismos aparece reflejado el nivel de cuidados. – En cuanto al valor de la escala Emina y del índice de Barthel, su registro varía entre un 60% y un 90% dependiendo de la Unidad de hospitalización.

CONCLUSIONES

-La realización de ICC al alta ha disminuido en un 25%. – Los índices Emina y Barthel son valores que se arrastran desde la Valoración inicial al ingreso, por lo que habría que revisar la cumplimentación de dicha valoración. – Una de las unidades de hospitalización destaca en la correcta cumplimentación de los ítems, por lo que habría que ver cuál es la diferencia con respecto a las otras dos unidades.

ACCIONES DE MEJORA

-Dar a conocer los datos del estudio a todo el personal de enfermería para conocer cuáles son las dificultades para la realización / comunicación de los ICC. – Acordar escalas de valoración que se adapten a nuestros pacientes y sean conocidas por todo el personal. – Consensuar un ICC que se adapte a las características de estos pacientes pluripatológicos y paliativos oncológicos y no oncológicos y facilite su continuidad de cuidados al alta.

ENF-40 PREVENCIÓN DEL DELIRIUM EN PACIENTES HOSPITALIZADOS DE EDAD AVANZADA. ACTUACIONES DE ENFERMERÍA

N. Martínez Benjumea⁽¹⁾, I. Vázquez Ramírez⁽¹⁾, A. M. Sánchez Rodríguez⁽¹⁾,
J. Bordas Guijarro⁽²⁾

⁽¹⁾Enfermera. Hospital Quirón Sagrado Corazón

⁽²⁾Geriatra. Hospital Quirón Sagrado Corazón

OBJETIVO

Demostrar la eficacia de la prevención del delirium mediante medidas no farmacológicas ayudando a disminuir la severidad y duración de los episodios, si lo presentan, y la estancia media hospitalaria. Objetivo concreto: establecer e instaurar en las Unidades de Hospitalización de Hospital Quirón Sagrado Corazón las medidas preventivas adecuadas para evitar el delirium en pacientes de edad avanzada

METODOLOGÍA

La intervención la realizó un equipo multidisciplinar formado por médico geriatra, enfermeras y auxiliares de enfermería que se habían entrenado para detectar precozmente los casos de delirium. La muestra de estudio está compuesta por pacientes mayores de 70 años hospitalizados en las plantas 1º y 2º de Hospital Quirón Sagrado Corazón durante un periodo de tiempo de 3 meses (marzo-mayo 2014). Se utilizó un estudio prospectivo de casos-intervención (pacientes que ingresan en segunda planta) controles (pacientes que ingresan en primera planta). Para valorar el riesgo de desarrollar delirium durante su hospitalización se realizó una encuesta a todos los pacientes incluidos en el estudio, esta encuesta valoraba los seis factores de riesgo de deterioro del anciano (deterioro cognitivo, privación del sueño, inmovilismo, disminución de la agudeza visual, deterioro auditivo, deshidratación). Sólo a los pacientes incluidos en el grupo intervención se les entregan una serie de intervenciones no farmacológicas encaminadas a la prevención del delirium.

RESULTADOS

Fueron valorados 102 pacientes, de los cuales 45 se incluyeron en grupo intervención y 57 en grupo control. Como resultados obtuvimos una media alta de edad por encima de los 80 años, pese al criterio de inclusión de mayor de 70 años, con un predominio femenino (70%) y con una funcionalidad tanto en la deambulación como en las ABVD. El principal diagnóstico al ingreso ha sido la cirugía programada (siendo criterio de exclusión estancias menores de 48 horas) debido al perfil quirúrgico de nuestro hospital. En más del 50% de los pacientes de ambos grupos presentaban desorientación temporoespacial, con mayor deterioro cognitivo basal en el grupo intervención. En el grupo de intervención, sólo dos pacientes desarrollaron delirium, y fueron clasificados de menor intensidad. En el grupo control más del 25% de los pacientes lo desarrollaron, con mayor intensidad y estancia media.

CONCLUSIÓN

Se ha comprobado que las intervenciones no farmacológicas encaminadas a la prevención del delirium son eficaces para evitar el desarrollo de este síndrome. Nuestro estudio piloto, aunque limitado por el bajo número de pacientes incluidos, así lo corrobora. Por ello, se han desarrollado e implantado medidas preventivas para evitar el desarrollo de delirium en los pacientes hospitalizados en Hospital Quirón Sagrado Corazón, con vistas a realizar un estudio con mayor inclusión de pacientes.

ENF-42 ADECUACION DEL PROCESO TOMA DE DECISIONES EN LA PRÁCTICA CLÍNICA A LA EVIDENCIA CIENTÍFICA DISPONIBLE

E. J Zapata Guillén, L. Jiménez Méndez

UGC Medicina Interna, Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla

El proceso de toma de decisiones clínicas en entornos asistenciales complejos debe basarse en el manejo de información científica de alta calidad a fin de disminuir la variabilidad y aumentar la seguridad del paciente. Tomando como referencia la Guía de Práctica Clínica de Terapia Intravenosa con dispositivos no permanentes en Adultos (GPC de TIV) del Sistema Nacional de Salud, de reciente publicación, se ha medido en la Unidad de Gestión de Medicina Interna del HUV Macarena, la adecuación del proceso de toma de decisiones en la práctica clínica a las recomendaciones contenidas en dicha guía. Se ha seleccionado la terapia intravenosa por ser uno de los procedimientos invasivos (terapia intravenosa) al ser el más frecuentemente utilizado en las unidades de Gestión hospitalarias.

OBJETIVO

a) Conocer la necesidad sentida de obtener información científica para facilitar el proceso de toma de decisiones en la práctica clínica. b) Establecer el grado de adecuación del proceso de toma de decisiones en la actividad asistencial con las recomendaciones de la GPC de TIV. c) Conocer la situación actual sobre formación en Asistencia Sanitaria Basada en la Evidencia de los profesionales de la UGC de Medicina Interna del Hospital Universitario Virgen Macarena.

METODOLOGÍA

Estudio observacional descriptivo transversal en la UGC MI del Hospital Virgen Macarena en el presente año 2015. Cuestionario cumplimentado por 30 profesionales de enfermería elegidos aleatoriamente de la UGC, previo a la presentación de la GPC de TIV, donde se interrogaba por la necesidad sentida de información científica en práctica clínica, las fuentes de información utilizadas y el uso de las mismas. Además se analizó la discrepancia entre las decisiones tomadas sobre terapia intravenosa por los profesionales y las recomendaciones de la guía, así como la formación recibida en esta materia, en cantidad y calidad.

RESULTADOS

Se presentan los resultados de 30 prof de enfermería (n=30), incluyendo sus datos epidemiológicos. Aproximadamente un 50% de individuos manifiestan una necesidad sentida de obtener información científica para facilitar el proceso de toma de decisiones en su práctica clínica en una jornada de trabajo. El número de veces que manifiestan esta necesidad es de 1(0-4.5) (mediana, p25p75). En torno a un 40% manifiestan buscar realmente la información científica que necesitan, a partir de la consulta en bases de datos (27%), Google (25%), otros colegas (24%), médicos (21%), etc. En relación al perfil de formación reglada en asistencia sanitaria basada en la evidencia, manifestaron haber sido formados en esta materia un 10% de los profesionales. Al analizar el grado de adecuación del proceso de toma de decisiones a las recomendaciones de las guías de práctica clínica en 10 cuestiones básicas planteadas y resueltas en la GPC, la adecuación media resultó de un 45%, con un rango de 20-90 en las distintas cuestiones planteadas.

CONCLUSIONES

La necesidad sentida de obtener información científica para facilitar el proceso de toma de decisiones en la práctica clínica es baja, sobre todo teniendo en cuenta que en una situación ideal la totalidad de estos profesionales deberían haber manifestado esta necesidad.

El grado de adecuación del proceso de toma de decisiones a las recomendaciones de la GPC de TIV es bajo, no coincidiendo plenamente en ningún caso. Al tratarse de práctica clínica, hemos de recordar, que la no coincidencia de las decisiones tomadas con las recomendaciones de la evidencia científica contenida en la GPC, implica un riesgo, un daño o una falta de beneficio clínico que redundan en una disminución de la calidad asistencial, una disminución de la seguridad del paciente y un aumento de la variabilidad en la práctica clínica. La situación actual sobre formación en ASBE es insuficiente. Conseguir la utilización sistemática de hallazgos científicos en los escenarios clínicos es un proceso complejo no exento de barreras, siendo una de las principales esta falta de formación.

ENF-72 ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES CRÓNICOS HOSPITALIZADOS EN MEDICINA INTERNA

J. A. Franco Romero, S. Márquez García, F. Ríos Nicasio

Enfermeros. Unidad de Gestión Clínica de Medicina Interna. Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva

OBJETIVOS

Conocer la prevalencia de la adherencia terapéutica domiciliaria (dieta/medicación) de pacientes con patologías crónicas hospitalizados en Medicina Interna del hospital Juan

Ramón Jiménez. Estudiar la relación entre variables y factores que influyen en la adherencia para determinar la intervención enfermera más adecuada

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo transversal. Muestreo no probabilístico consecutivo, participando en el estudio 100 pacientes con patología/s crónica/s ingresados en Medicina Interna durante el mes de abril de 2015 con propio autocontrol y manejo de la medicación domiciliaria. El instrumento utilizado para la recogida de datos ha sido el cuestionario validado de adherencia al tratamiento Morisky-Green, completado con cuestionario de elaboración propia para conocer, además de factores sociodemográficos, variables tan relevantes para el estudio como la importancia y seguimiento de la dieta, polimedición, información sobre la medicación, confianza en el régimen y existencia de ayuda familiar. Análisis descriptivo de los datos a través del programa informático SPSS 21.0, utilizando el estadístico chiuadrado en el análisis bivalente.

RESULTADOS

La edad media es 72,35 años, 51% hombres y 49% mujeres. El 76% consumen ≥ 5 fármacos diarios; manifiestan tener información suficiente sobre la medicación el 71% y cuentan con apoyo familiar en caso de necesidad el 76%. El seguimiento de la dieta prescrita en la muestra estudiada es del 24,5% (IC95%: 16,1-32,9). El 47,8% de los pacientes que valoran como importante la dieta reconocen incumplimiento dietético habitual. La adherencia a la medicación es del 57% (IC95%: 47,3-66,7). Los motivos de falta de cumplimiento son olvidos (37%), incumplimiento de horario (6%), incumplimiento por mejoría (6%) y por efectos secundarios (13%). Se han encontrado diferencia respecto al sexo ($p=0,001$), siendo la mujer la que mayor adherencia presenta (OR: 0,253; 0,109-0,588) y también respecto a la confianza depositada en el tratamiento ($p=0,001$) (OR: 5,55; 1,957-15,78). No se encontraron diferencias significativas entre la adherencia y las variables sociodemográficas estado civil ($p=0,73$), nivel de estudios ($p=0,47$), población de residencia ($p=0,15$), ni polimedición ($p=0,27$), información sobre la medicación ($p=0,11$) o apoyo familiar disponible ($p=0,27$)

CONCLUSIÓN

A pesar de la limitación de usar un método de valoración subjetivo que tiende a sobreestimar el cumplimiento, los datos obtenidos, coherentes con estudios previos, ponen de manifiesto una preocupante falta de adherencia, y la necesidad, por tanto, de diseñar una intervención enfermera orientada a mejorar los resultados del estudio.

ENF-76 INTEGRACIÓN DE SESIONES CLÍNICAS ACREDITADAS COMO IMPULSO A LA METODOLOGÍA DE CUIDADOS EN MEDICINA INTERNA

S. Herrojo Bautista⁽¹⁾, M. J. Morano Torrecusa⁽¹⁾, R. M. Álvarez Zaiño⁽¹⁾,
M. C. Rico García⁽¹⁾, A. García Garrido⁽¹⁾, J. A. Franco Romero⁽¹⁾,
D. Dueñas Díaz⁽²⁾, C. García Fernández⁽³⁾

⁽¹⁾Enfermera. Unidad de Gestión Clínica de Medicina Interna. HJRJ.CHUH

⁽²⁾Enfermero Especialista en Enfermería del Trabajo. Área de Gestión Sanitaria Norte de Huelva

⁽³⁾Responsable Unidad Integral de Formación. HJRJ.CHUH

OBJETIVOS

Nos encontramos en la actualidad con una enfermería sumergida en cambios constantes, en un proceso de afianzamiento del papel profesional autónomo. Estos cambios llevan de la mano incertidumbre, preguntas, inquietudes y variabilidad de la práctica clínica. Una manera de dar respuestas a estas dificultades es a través de la realización de sesiones clínicas de cuidados, para profundizar en el conocimiento de la metodología de cuidados, su aplicación práctica e intercambiar conocimientos. General: Realizar sesiones clínicas de gestión de cuidados a lo largo del año 2014 para ver la adecuación metodológica de los profesionales en las diferentes etapas del proceso enfermero (valoración, identificación de diagnósticos, elaboración y aplicación del plan de cuidados y evaluación). Específicos: -Intercambiar conocimientos en relación con la metodología de trabajo enfermero aplicado a la práctica clínica. -Desarrollar el pensamiento crítico mediante el análisis de práctica reflexiva.

METODOLOGÍA

Participación voluntaria de enfermeros de la unidad de Medicina Interna, expertos en metodología enfermera. Se identificaron casos susceptibles de exposición, bien por ser pacientes complejos o difíciles en el abordaje de los cuidados o ser casos frecuentes en la unidad; realizándose sesiones de gestión de cuidados donde se describe todo el proceso enfermero y se utiliza metodología propia de nuestra disciplina.

RESULTADOS

Se realizaron cuatro sesiones programadas durante el año 2014 que fueron acreditadas por la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. Las sesiones fueron: Caso clínico: gestión de cuidados en el paciente pluripatológico. Caso clínico: complicaciones derivadas de la hospitalización. Caso clínico: gestión de cuidados en el paciente con insuficiencia cardíaca. Caso clínico relacionado con la utilización de la vía subcutánea. También detectamos diferentes niveles de conocimientos de los profesionales en relación con la Metodología de Cuidados.

CONCLUSIONES

El objetivo general se ha cumplido de forma satisfactoria. Las sesiones clínicas de cuidados, son una vía costo-efectiva y un recurso para actualizar conocimientos, intercambiar experiencia, establecer acuerdos y protocolos, facilitar el aprendizaje de metodología enfermera, promover la detección y facilitar la eliminación de áreas de incertidumbre en la práctica.

ENF-89 EVOLUCIÓN DEL NIVEL DE ESTRÉS LABORAL Y DE LAS CAUSAS PERCIBIDAS POR EL EQUIPO DE ENFERMERÍA DE LAS UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN DEL HOSPITAL VÁZQUEZ DÍAZ DE HUELVA

M. I. Barreno Salas, M. T. Márquez González, I. Macías Vázquez, J. Horta Portillo, C. Carrasco Santos, A. Auxiliadora Pereles Pérez
UGC De Medicina Interna, Hospital Vázquez Díaz. Huelva

OBJETIVOS

- Diagnosticar el nivel de estrés del equipo de enfermería en el año 2015.
- Conocer los factores que los profesionales perciben como principales causas de estrés.
- Realizar un análisis comparativo de los resultados obtenidos, con el trabajo previo de igual metodología y población de estudio (2001).

METODOLOGÍA

Tipo de diseño: En cuanto a metodología se utilizó un diseño descriptivo-observacional transversal o de prevalencia, similar al utilizado en el año 2001. Sujeto de investigación. La población de estudio será, auxiliares de enfermería y enfermeros-as, de los dos servicios de hospitalización de medicina interna del HVD. Al realizar el estudio sobre un colectivo muy concreto y pequeño en número, no realizaremos ninguna técnica de muestreo, sino que trabajaremos con la población completa. En total la población la componen 42 sujetos de los cuales el 67,52 han pertenecido al anterior estudio. Recogida de datos. Para la obtención de datos, después de consultar la bibliografía sobre los diferentes instrumentos de evaluación del burnout, nos inclinamos por la utilización del cuestionario *Maslach burnout Inventory* (Maslach y Jackson, 1981). Es el instrumento más utilizado y que mayor número de investigaciones ha suscitado. Consta de 22 ítems y mide tres variables: cansancio emocional, despersonalización y logro personal. Además, el cuestionario se completó con un apartado referido a variables sociolaborales: edad, sexo, estado civil, profesión, situación laboral, años de experiencia en la profesión, formación específica y años en el servicio. Por último se les pidió que identificaran por orden de importancia las causas principales generadoras de estrés, de un listado basado en la bibliografía revisada de estudios anteriores.

RESULTADOS

No existe ningún caso en el que se den puntuaciones requeridas en las tres escalas para afirmar que la persona sufre de estrés laboral. Es significativo el hecho de que en un 58% de los casos las puntuaciones de logro personal sean altas.

CAUSAS DE ESTRÉS

| | | |
|---|------|--------|
| Enfrentarse a los familiares de los pacientes | 23.N | 63,88% |
| Conflictos con el equipo | 21.n | 58,33% |
| Sobre carga de trabajo | 17.n | 47,22% |
| Escasez de personal | 17.n | 47,22% |
| Desorganización | 14.n | 38,88% |

CONCLUSIONES

No ha aumentado el nivel de estrés entre los profesionales, sin embargo las causas percibidas han cambiado considerablemente. Siendo las principales, el enfrentarse a los familiares y los conflictos con el equipo. Ambas causas son susceptibles de intervenciones encaminadas a su resolución.

Pósters A

Diabetes

D-01 PREVALENCIA DE DIABETES MELLITUS TIPO 2 E INSUFICIENCIA RENAL EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN SERVICIOS QUIRÚRGICOS

E. Gutiérrez Cortizo, M. Romero Jiménez, S. De la Rosa Riestra,
A. Hidalgo Castellón, P. Massi Aguirre, M. Sáenz De Tejada López,
C. Magro Fernández, J. Fernández Soto

UGC Medicina Interna. Hospital Comarcal Infanta Elena. Huelva

OBJETIVOS

La insuficiencia renal (IR), junto con la diabetes mellitus tipo 2 (DM2), son afecciones crónicas muy prevalentes que representan un importante problema de salud pública(1). La DM2 es la principal causa de IR en nuestro medio y constituye una importante comorbilidad en la nefropatía no diabética(2). El curso silente de la IR hasta estadios avanzados favorece la presencia de IR oculta(3). La hospitalización representa una situación de especial fragilidad en los pacientes con DM2 e IR, debido a su mayor morbimortalidad y superior riesgo de hipoglucemias. Hay pocos estudios sobre la prevalencia de estas patologías en los pacientes hospitalizados. El objetivo de nuestro estudio es determinar la prevalencia de IR en pacientes con DM2 hospitalizados en servicios quirúrgicos del Complejo Hospitalario Huelva (CHUH).

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo de los pacientes ingresados en el Complejo Hospitalario Universitario de Huelva durante el año 2013. Se seleccionaron todos los pacientes ingresados en servicios quirúrgicos, con diagnóstico principal o secundario al alta de DM2, entre el 1 de enero de 2013 y el 31 de diciembre de 2013 en el Complejo Hospitalario Universitario de Huelva: Hospital Infanta Elena y Hospital Juan Ramón Jiménez. A los pacientes seleccionados se les calculó la función renal, mediante creatinina y estimación del filtrado glomerular (FG) por CKD-EPI en el momento del ingreso utilizando los criterios de KDIGO 2012(4).

RESULTADOS

Durante el año 2013 se produjeron 3148 ingresos de paciente diabéticos en el CHUH. De todos ellos 580 (18,42%) ingresaron en servicios quirúrgicos. De todos los pacientes con DM2 ingresados en servicios quirúrgicos 291 (50,2%) presentaban IR.

CONCLUSIONES

El 18,42% de los pacientes DM2 ingresados en el CHUH en el año 2013 pertenecían a servicios quirúrgicos. El 50,2% de los pacientes quirúrgicos presentaban DM2 e IR. Los servicios quirúrgicos con mayor prevalencia de IR son Traumatología, Cirugía Vasculard y Cirugía General. La DM2 y la IR son patologías con una importante prevalencia en nuestra sociedad y que conllevan una morbi-mortalidad elevada y que, por consiguiente, pueden influir en el pronóstico de los pacientes ingresados en servicios quirúrgicos, ya que la mitad de estos pacientes presentan ambas patologías. Durante su ingreso van a requerir un estrecho seguimiento, tanto de los niveles glucémicos como de la función renal, ya que el ingreso hospitalario y el estrés provocado por la cirugía representan una situación de importante fragilidad para este tipo de pacientes, pudiendo presentar importantes descompensaciones, y por ende, empeoramiento de su pronóstico durante el ingreso. Por ello durante su estancia hospitalaria es conveniente tener especial cuidado con estos pacientes para evitar complicaciones.

BIBLIOGRAFÍA

1. Levey a S, Atkins R, Coresh J, Cohen EP, Collins a J, Eckardt K-U, et al. *Chronic kidney disease as a global public health problem: approaches and initiatives - a position statement from Kidney Disease Improving Global Outcomes. Kidney Int. 2007 Aug;72(3):247-59.*
2. Gómez-Huelgas R, Martínez-Castelao A, Artola S, Górriz JL, Menéndez E. *Documento de Consenso sobre el tratamiento de la diabetes tipo 2 en el paciente con enfermedad renal crónica. Nefrología 2014;34(1):34-45.*
3. Martín de Francisco AL, Piñera C, Gago M, Ruiz J, Robledo C, Arias M. *Epidemiología de la enfermedad renal crónica en pacientes no nefrológicos. Nefrología 2009;29(Sup. Ext. 5):101-105.*
4. Stevens P, et col. *Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease: Improving global outcomes 2012 Clinical Practice Guideline. Annals of Internal Medicine 2013; 158(11):825-83.*

D-02 PREVALENCIA DE DIABETES MELLITUS E INSUFICIENCIA RENAL EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

E. Gutiérrez Cortizo⁽¹⁾, M. Romero Jiménez⁽¹⁾, C. Magro Fernández⁽¹⁾, P. Massi Aguirre⁽¹⁾, M. Sáenz de Tejada López⁽¹⁾, A. Merlo Serrano⁽¹⁾, B. Merelo Ruiz⁽²⁾, M. Pérez Trisancho⁽³⁾

⁽¹⁾UGC Medicina Interna. Hospital Comarcal Infanta Elena. Huelva

⁽²⁾UGC Medicina Interna. Hospital Blanca Paloma. Huelva

⁽³⁾UGC Medicina Interna. Hospital Costa de la Luz. Huelva

OBJETIVOS

La insuficiencia renal (IR) y la diabetes mellitus tipo 2 (DM2) son patologías crónicas muy prevalentes y que representan un importante problema de salud pública.(1) La DM2 es la principal causa de IR en nuestro medio y constituye una importante comorbilidad en la nefropatía no diabética. (2) La patología renal suele cursar de forma silente lo que favorece que se diagnostique en estadios avanzados y favorece la presencia de enfermedad renal crónica oculta. (3) El ingreso hospitalario es una situación de especial fragilidad para los pacientes con DM2 e IR, debido a su mayor morbimortalidad y superior riesgo de hipoglucemias. Hay pocos estudios sobre la prevalencia de estas patologías en los pacientes hospitalizados. Nuestro objetivo es determinar la prevalencia de IR en pacientes con DM2 hospitalizados en el servicio de Medicina Interna del Complejo Hospitalario Huelva (CHUH).

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo de los pacientes ingresados en el CHUH durante el año 2013. Se seleccionaron todos los pacientes ingresados en el servicio de Medicina Interna (MI), con diagnóstico principal o secundario de DM2, entre el 1 de enero y 31 de diciembre 2013 en el CHUH: Hospital Infanta Elena y Hospital Juan Ramón Jiménez. A los pacientes seleccionados se les calculó la función renal, mediante creatinina y estimación del filtrado glomerular por CKD-EPI en el momento del ingreso utilizando los criterios de KDIGO 2012(4).

RESULTADOS

Durante el año 2013 se produjeron 3148 ingresos de paciente DM2 en el CHUH, perteneciendo al servicio de MI 1369 (43,48%) pacientes, de los cuales 893 (65,23%) presentaban además IR. Según la distribución por edad se observa que por encima de los 61 años la prevalencia de IR aumenta de forma considerable (20,16%) y duplicándose ésta a partir de los 75 años (41,12%).

CONCLUSIONES

Se demuestra una importante prevalencia de DM2 e IR en los Servicios de MI. La DM2 es un factor que aumenta la morbimortalidad de los pacientes que la padecen, siendo el ingreso hospitalario un importante factor de riesgo para descompensaciones. La DM2 tiene un importante papel en la IR, tanto por nefropatía diabética así como en la nefropatía no diabética. La presencia de ambas patologías no es nada despreciable en los Servicios de MI, ya que representan a más de la mitad de sus pacientes. Las estrategias de tratamiento de los pacientes dados de alta en Servicios de MI con DM2 debe tener en cuenta la presencia de esta asociación DM2-IR.

BIBLIOGRAFÍA

1. Levey a S, Atkins R, Coresh J, Cohen EP, Collins a J, Eckardt K-U, et al. *Chronic kidney disease as a global public health problem: approaches and initiatives - a position statement from Kidney Disease Improving Global Outcomes. Kidney Int. 2007 Aug;72(3):247–59.*
2. Gómez-Huelgas R, Martínez-Castelao A, Artola S, Górriz JL, Menéndez E. *Documento de Consenso sobre el tratamiento de la diabetes tipo 2 en el paciente con enfermedad renal crónica. Nefrología 2014;34(1):34-45.*
3. Martín de Francisco AL, Piñera C, Gago M, Ruiz J, Robledo C, Arias M. *Epidemiología de la enfermedad renal crónica en pacientes no nefrológicos. Nefrología 2009;29(Sup. Ext. 5):101-105.*
4. Stevens P, et col. *Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease: Improving global outcomes 2012 Clinical Practice Guideline. Annals of Internal Medicine 2013; 158(11):825-83*

D-03 DIFERENCIAS ENTRE INSULINA DETEMIR Y OTROS TIPOS DE INSULINAS EN PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2 INSULINIZADOS TRATADOS CON LIRAGLUTIDE

P. Rodríguez Ortega⁽²⁾, C. Leyva Prado⁽¹⁾, M. Láinez López⁽²⁾,
I. González Navarro⁽²⁾, D. León Jiménez⁽¹⁾, I. Rebollo⁽²⁾

⁽¹⁾Servicio de Medicina Interna. ⁽²⁾Servicio de Endocrinología. Complejo Hospitalario Universitario de Huelva

OBJETIVOS

Existen estudios que reflejan que los pacientes tratados con insulina detemir ganan menos peso comparado con otro tipo de insulinas, por lo que en pacientes diabéticos la asociación de detemir a análogos de GLP-1 sería más beneficiosa que otro tipo de insulina. Presentamos nuestra experiencia en pacientes con DM tipo 2 tratados con insulina a los que

asociamos liraglutide analizando las diferencias entre pacientes tratados con los distintos tipos de insulina.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo de práctica clínica de pacientes con DM tipo 2 tratados con insulina a los que asociamos insulina comparando el grupo de pacientes tratados con detemir y el grupo tratado con otro tipo de insulina. Analizamos control metabólico con HbA1c, peso y dosis de insulina inicial y a los 6 meses . Los datos se analizaron con SPSS versión 20.

RESULTADOS

Analizamos 65 pacientes con DM tipo 2 insulinizados, 33 con insulina detemir y 32 con otras insulina. En el grupo con detemir son 21 mujeres y 12 varones con una media de 57 años y 14,0,3 años de evolución de su diabetes. En el grupo con otras insulina 18 mujeres y 14 varones con una media de 56,19 años y 14,12 años de evolución de su diabetes. No hay diferencias entre los dos grupos. Los resultados analizados se presentan en la siguiente tabla:

Tabla 1. Resultado al inicio y seguimiento a los seis meses

| | | |
|--|----------|----------|
| HbA1c grupo detemir | 9,05 % | 8,04 % |
| HbA1c grupo otras inulinas | 9,21 % | 7,91 % |
| Peso grupo detemir | 97,06 kg | 93,68 kg |
| Peso grupo otras insulinas | 97,45 kg | 95,29 kg |
| IMC grupo detemir | 36,93 | 35,54 |
| IMC grupo otras insulinas | 36,72 | 35,96 |
| Dosis de Insulina grupo detemir | 37,39 UI | 38,63 UI |
| Dosis de insulina grupo otras insulina | 43,43UI | 44,4 UI |

CONCLUSIONES

La terapia conjunta subcutánea de insulina y análogos de GLP-1 es eficaz en esta serie tanto en control metabólico como en pérdida de peso. Hay pérdida de peso independiente del tipo de insulina utilizada, aunque en nuestro grupo de paciente la disminución es mayor en el grupo insulinizado con detemir.

BIBLIOGRAFÍA

1. Aas AM, Bergstad I, Thorsby PM, Johannesen O, Solberg M, Birkeland KI. An intensified lifestyle intervention programme may be superior to insulin treatment in poorly controlled Type 2 diabetic patients on oral hypoglycaemic agents: results of a feasibility study. *Diabet Med* 2005;22:316-22.
2. Gerstein HC, Miller ME, Byington RP, Goff DC, Jr., Bigger JT, Buse JB et al. Effects of intensive glucoselowering in type 2 diabetes. *N Engl J Med* 2008;358:2545-59.
3. National Institute for Health and Clinical Excellence. Type 2 Diabetes - newer agents (partial update ofCG66.Clinical Guideline:CG87). 2009, May <http://www.nice.org.uk/Guidance/CG87> (accessed 2 December 2009)

D-05 ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LIXISENATIDE ASOCIADO A PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2 MAL CONTROLADOS CON ANTIDIABÉTICOS ORALES E INSULINA

C. Magro Fernández⁽¹⁾, J. Fernández Soto⁽¹⁾, D. León Jiménez⁽¹⁾,
R. López Márquez⁽²⁾, M. Sidahi Serrano⁽¹⁾, A. Merlo Serrano⁽¹⁾,
F. Caballero Granada⁽¹⁾, M. Aguayo Canela⁽¹⁾

⁽¹⁾UGC Medicina Interna, ⁽²⁾UGC Medicina Preventiva y Salud Pública. Complejo Hospitalario de Huelva

OBJETIVOS

Introducción En la actualidad se sabe que un buen control de la Diabetes Mellitus (DM) se traduce en un buen control metabólico medido por la hemoglobina glicada (HbA1c). Para conseguirlo, existen fármacos como el Lixisenatide que es un "Agonista del Receptor Glucagon Like Peptide tipo 1" (GLP-1AR) de vida media corta, indicado en pacientes con insulina basal para el control principalmente de las glucemias postprandiales. Su efecto incretina, estimula la secreción de insulina en presencia de hiperglucemia, suprime la secreción de glucagón y enlentece el vaciamiento gástrico. Por todo ello se trata de una opción en pacientes con insulina basal y mal control diabético sobre todo si tienen sobrepeso. Objetivo Describir los resultados de la asociación de lixisenatide al tratamiento con insulina basal y antidiabéticos orales en un grupo de pacientes con diabetes tipo 2 mal controlada.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional, descriptivo, prospectivo en el que se incluyeron 16 pacientes en una consulta de medicina interna con diabetes mellitus tipo 2 mal controlados a los que se inició tratamiento con Lixisenatide. Se recogieron datos demográficos: edad, sexo, años de evolución de la DM. Basalmente y a los 6 y 12 meses se recogieron las siguientes variables: Índice de masa corporal (IMC) expresada en Kg/m², HbA1c (%) y las dosis de insulina lenta promedios (UI). Los resultados se expresan en medias y desviación estándar (SD). Las dosis de insulina rápida se midieron como totales (UI).

RESULTADOS

Inicialmente se recogieron 16 pacientes de los que se analizaron finalmente 11 (1 paciente abandonó el seguimiento y 4 dejaron de tomar el medicamento por intolerancia). De los 11 pacientes, 4 eran mujeres y 7 eran varones con una edad media de 59.45 (\pm 5.8) años y una evolución media de DM de 17.6 (\pm 7.7) años. En la tabla 1 se resumen los valores basales, a los 6 meses y a los 12 meses. De los 3 pacientes que usaban insulina rápida (total= 54 UI), sólo 1 mantuvo el tratamiento con dicha insulina (12 UI), el resto la suspendieron.

CONCLUSIONES

Lixisenatide es un antidiabético tipo GLP-1AR que consigue, durante un año de tratamiento, mejorar el control glucémico, bajar peso y ahorrar dosis de insulina principalmente rápida. No obstante existe un porcentaje elevado de retiradas por intolerancia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Scholz G H, Fleischmann H. Basal insulin combined incretin mimetic therapy with glucagon-like protein 1 receptor agonists as an upcoming option in the treatment of type 2 diabetes: a practical guide to decision making. *Ther Adv Endocrinol Metab.* 2014, Vol. 5(5) 95– 123.

Tabla 1

| N=11 | Basal | 6 meses | 12 meses |
|--------------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| IMC, Kg/m ² | 30.46 \pm 4.08 | 29.28 \pm 3.98 | 28.96 \pm 3.9 |
| HbA1c, % | 9.02 \pm 0.99 | 7.81 \pm 0.59 | 8.11 \pm 0.55 |
| Insulina lenta media, UI | 43.91 \pm 10.92 | 39.91 \pm 12.43 | 39.82 \pm 11.91 |

D-06 EVITANDO LAS HIPOGLUCEMIAS. ADECUACIÓN DEL TRATAMIENTO

J. Romero León⁽¹⁾, P. Hidalgo Pérez⁽¹⁾, C. Martínez Mateu⁽¹⁾, P. Sánchez López⁽¹⁾,
A. Corrales Torres⁽¹⁾, H. Kessel Sardiñas⁽¹⁾

⁽¹⁾Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Torrecárdenas. Almería

OBJETIVOS

Un porcentaje significativo de los pacientes que ingresan en un servicio de Medicina Interna son diabéticos, y la hipoglucemia es una causa de ingreso frecuente. La población anciana es especialmente susceptible a la hipoglucemia por varios motivos: la elevada prevalencia de patología concomitante, las transgresiones dietéticas, y en no pocas ocasiones, un tratamiento antidiabético inadecuado. En este estudio se analiza el tratamiento antidiabético domiciliario de los pacientes que precisaron ingreso hospitalario por hipoglucemia.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo en el que se incluyeron pacientes ingresados por hipoglucemia en nuestro hospital durante el período comprendido entre el 1 de enero de 2013 y el 31 de diciembre de 2014. Se incluyeron en el estudio pacientes mayores de 75 años con Diabetes Mellitus tipo 2 en tratamiento domiciliario con insulina, antidiabéticos orales o ambos en el momento del ingreso. Se excluyó a los pacientes con fracaso renal crónico grave, definido como tasa de filtrado glomerular inferior al 30% calculada mediante MDRD-4. Los datos obtenidos se analizaron empleando el programa de análisis estadístico SPSS v.20

RESULTADOS

Se incluyeron 108 pacientes, 81 mujeres y 27 hombres. La media de edad fue 81'4 años. De aquellos que se encontraban insulinizados (71%) el 37% se administraban insulinas premezcladas (50/50, 30/70 ó 25/75), el 26% insulinas de vida media larga junto a insulina rápida y el 12% NPH; el resto insulina junto con antidiabéticos orales. En cuanto al tratamiento con antidiabéticos orales, el 58% recibían sulfonilureas (en monoterapia o asociadas a insulina o a otros antidiabéticos orales), el 22% metformina, el 13% inhibidores de la DPP4 y el 7% glitazonas. La menor tasa de hipoglucemias se asoció a la combinación metformina + insulina de vida media larga. El 83% de los pacientes precisó reajuste de tratamiento antidiabético al alta; casi la quinta parte (18%) de los pacientes que tenían prescritas biguanidas presentaban una tasa de filtrado glomerular inferior al 60% por lo que se suspendieron.

CONCLUSIONES

El tratamiento con insulinas premezcladas y con sulfonilureas se asocia con una mayor tasa de hipoglucemias. La pauta insulina vida media larga + metformina parece el tratamiento más seguro. La metformina sigue siendo un pilar importante en el tratamiento, pero es

imprescindible la vigilancia estrecha de los parámetros del filtrado glomerular para evitar complicaciones. El tratamiento en estos pacientes deben ser flexible: debe primar la seguridad, minimizando en la medida de lo posible la aparición de hipoglucemias y adoptando objetivos de control metabólico razonables.

BIBLIOGRAFÍA

1. American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes-2013. *Diabetes Care* 2013; 36 Suppl 1:S11.

D-07 PREVALENCIA DE PREDIABETES Y DIABETES MELLITUS “OCULTA” EN PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO

J. Fernández Soto⁽¹⁾, A. Hidalgo Castellón⁽¹⁾, D. León Jiménez⁽¹⁾,
R. López Márquez⁽²⁾, F. Díaz Narváez⁽¹⁾, F. Caballero Granado⁽¹⁾,
M. Aguayo Canela⁽¹⁾, A. Merlo Serrano⁽¹⁾

⁽¹⁾Unidad Gestión Clínica Medicina Interna, ⁽²⁾Unidad Gestión Clínica Medicina Preventiva y Salud Pública. Complejo Hospitalario de Huelva

OBJETIVOS

Los diabéticos tienen de 2 a 4 veces más probabilidades de padecer infarto agudo de miocardio. (1) Los estados de prediabetes (glucemia basal alterada (GBA) e intolerancia a la glucosa (ITG)) aumentan el riesgo de padecer enfermedad coronaria. En algunas ocasiones, la hospitalización por un evento coronario puede representar la primera oportunidad para detectar y tratar la diabetes o estado de prediabetes. El último consenso del año 2013 elaborado por la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) junto con la Asociación Europea para el Estudio de la Diabetes (EASD), recomienda que se realice despistaje de Diabetes Mellitus (DM) oculta mediante determinación de glucemia en ayunas y hemoglobina glicosilada (HbA1c) en los pacientes que hayan sufrido un episodio isquémico coronario. Nuestra hipótesis principal es determinar la prevalencia de DM o prediabetes ocultas durante el ingreso de pacientes con un evento isquémico coronario y en segundo lugar comprobar si se cumplen las Guías para este aspecto.

MATERIAL Y MÉTODOS

Realizamos un estudio retrospectivo y observacional donde se recogieron todos los pacientes que ingresaron en el Complejo Hospitalario Universitario de Huelva desde Abril a Junio de 2014, ambos incluidos, con diagnóstico al alta de Síndrome Coronario Agudo (SCA) con o sin elevación del segmento ST y que no tuvieran DM ni prediabetes reflejada en sus antecedentes personales. Por cada paciente se analizó si se realizaron dos determinaciones de glucemia en ayunas (GA) en la planta de hospitalización y el valor de HbA1c. Quedaron

excluidos los pacientes en tratamiento previo, al menos las dos semanas previas al ingreso, con corticoides o diuréticos tiazídicos y los que no tenían todas las variables recogidas, como ocurrió con los fallecidos. Los criterios para el diagnóstico de DM y de prediabetes son los definidos por la Asociación Americana de Diabetes del año 2012 (ADA) que son las usadas en la guías de la ESC a las que hacemos referencia.

RESULTADOS

Se recogen en la Figura 1

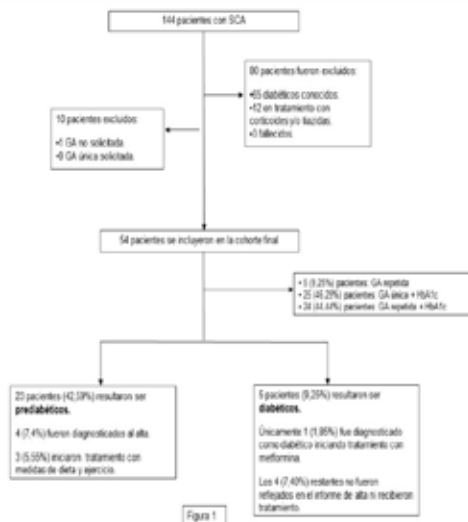
CONCLUSIONES

En nuestra serie, la detección de DM o prediabetes “oculta” en pacientes que ingresan por SCA es insuficiente y no se siguen las recomendaciones de las Guías clínicas, a pesar de ser un método sencillo. Además, estos pacientes se encuentran infratratados, lo que aumenta la posibilidad de complicaciones cardiovasculares en el futuro. Por otro lado, es probable que haya más pacientes sin diagnosticar, pues no en todos estaban todas las variables recogidas. Este procedimiento debería aplicarse rutinariamente para detectar la DM oculta o prediabetes en pacientes con eventos isquémicos coronarios.

BIBLIOGRAFÍA

1. American Diabetes Association. Consensus development conference on the diagnosis of coronary heartdisease in people with diabetes. *Diabetes Care*. 1998; 21: 1.551-1.559.

Fig. 1



D-09 EFICACIA DEL TRATAMIENTO COMBINADO SUBCUTÁNEO EN PACIENTES DIABÉTICOS

M. Láinez López⁽¹⁾, C. Leyva Prado⁽²⁾, D. León Jiménez⁽³⁾, P. Rodríguez Ortega⁽¹⁾, I. González Navarro⁽¹⁾, M. López Pérez⁽¹⁾, I. Rebollo⁽¹⁾

⁽¹⁾Servicio de Endocrinología, ⁽²⁾Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Universitario de Huelva

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

OBJETIVOS

Conocemos los beneficios de los análogos de glp1 en paciente diabéticos en cuanto a control glucémico y pérdida de peso, la indicación con asociación con insulina ha sido posterior. Presentamos nuestra experiencia de la combinación de liraglutide a pacientes con DM tipo 2 tratados con insulina.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo observacional de experiencia clínica en pacientes con DM tipo 2 tratados con insulina a los que asociamos liraglutide. Analizamos control glucémico con HbA1c, peso y dosis de insulina al inicio, a los 6 meses y 1 año de tratamiento. Se analizaron los datos con SPSS versión 20.

RESULTADOS

Analizamos 65 pacientes con DM tipo 2 insulinizados, 33 con insulina detemir y 32 con otras insulina. 38 mujeres y 27 varones con una media de 57,55 años y 14,07 años de evolución de su diabetes. Los resultados analizados se presentan en la tabla.

CONCLUSIONES

La terapia en asociación subcutánea insulina y análogos de GLP-1 es eficaz tanto en control metabólico como en peso, similares a la eficacia sin asociación. Se mantiene y aumentan la eficacia con el tiempo de tratamiento. La dosis de insulina en nuestros pacientes se mantiene aunque, al perder peso, se esperaría disminución de dosis.

BIBLIOGRAFÍA

1. Waugh N, Cummins E, Royle P, Clar C, Marien M, Richter B et al. Newer agents for blood glucose control in type 2 diabetes. *Health Technology Assessment* 2010; in press.
2. Yorkshire and Humber Public Health Observatory. *Prescribing for Diabetes in England. An analysis of volume, expenditure and trends. June 2009. 2009, June 11th* <http://www.yhpho.org.uk/resource/item.aspx?RID=9711> (accessed 3 December 2009)
3. UKPDS Study Group. UKPDS 16. Overview of 6 years' therapy of type II diabetes: a progressive disease. *U.K. Prospective Diabetes Study Group. Diabetes* 1995;44:1249-58.

Tabla 1

| SEGUIMIENTO DEL TRATAMIENTO COMBINADO INICIAL, 6 MESES Y 1 AÑO. | INICIAL | 6 MESES | 1 AÑO |
|--|----------|----------|----------|
| HbA1c | 9,13% | 7,98% | 7,61% |
| Peso | 97,25 Kg | 94,48 Kg | 93,05 Kg |
| IMC | 36,83 | 35,75 | 35,03 |
| Dosis de insulina | 40,61 UI | 41,47 UI | 38 UI |

D-10 PREVALENCIA DE DESNUTRICIÓN HOSPITALARIA ENTRE LOS PACIENTES DIABÉTICOS INGRESADOS EN MEDICINA INTERNA

L. Gallo Padilla, M. Moreno Higuera, J. Callejas Rubio, I. Aomar Millán,
N. Faro Míguez, L. Guillén Zafra, M. García Morales, S. Moya Roldán
Medicina Interna. Hospital San Cecilio. Granada

OBJETIVOS

Determinar la prevalencia de desnutrición hospitalaria (DH) entre los pacientes diabéticos ingresados en el servicio de Medicina Interna (MI).

MATERIAL Y MÉTODOS

Se incluyeron todos los pacientes diabéticos ingresados en el servicio de MI, en el periodo de un mes, que disponían de analítica en las primeras 24-72 horas de ingreso. Se excluyeron los pacientes que no disponían de ésta por cualquier motivo. A partir de la historia clínica se recogieron como variables la edad, el sexo, las determinaciones de albúmina, colesterol y recuento de linfocitos, y el grado de DH medido mediante el sistema CONUT (CONTRol NUTricional). Se trata de una escala validada para determinar de forma automática la situación nutricional de los pacientes considerando los datos de laboratorio: albúmina, colesterol y linfocitos totales. El nivel de DH se clasifica como normal (0-1), leve (2-4), moderado (5-8) y grave (9-12). Este sistema se basa en una aplicación informática que recopila a diario, a través de la red interna, aquellos datos de los pacientes ingresados que se consideran útiles para evaluar su estado nutricional y que están disponibles en bases de datos del hospital. El estudio descriptivo de los datos se realizó utilizando el paquete estadístico SPSS 22.0.0.

RESULTADOS

Se analizaron un total de 53 pacientes, con una edad de media de 79,54 (48-99) años. El 45,28% eran hombres (edad media 76,79 años) y el 54,72% mujeres (edad media 81,82 años). En relación con las determinaciones analíticas, las medias obtenidas fueron: albúmina 3,9 g/dL (1,8-4,8), colesterol total 147,11 mg/dL (67-234) y recuento de linfocitos 1.900,58/ μ L (340-37.020). La puntuación en la escala CONUT presentó una media de 4,67 en global, 5,70 en hombres y 4,03 en mujeres. La DH global fue del 90,53% (52,8% leve, 16,98% moderada y 20,75% grave). Existía DH en el 95,83% de los hombres (41,66% leve, 20,83% moderada y 33,34% grave) y en el 86,20% de mujeres (leve 62,06%, moderada 13,80%, grave 10,34%).

CONCLUSIONES

La prevalencia de DH en nuestros pacientes diabéticos es muy elevada, siendo grave en un porcentaje importante. Recomendamos el sistema CONUT para la detección e intervención nutricional precoz en estos pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Solórzano-Pineda OM, Rivera-López FA, Rubio-Martínez B. Incidencia de desnutrición en pacientes quirúrgicos diabéticos y no diabéticos en el servicio de cirugía general. *Nutr Hosp.* 2012;27(5):1469-71.
2. Vischer UM, Perrenoud L, Genet C, Ardigo S, Registe-Rameau Y, Herrmann FR. The high prevalence of malnutrition in elderly diabetic patients: implications for anti-diabetic drug treatments. *Diabetic Med.* 2010; 27:918-24.
3. Achahui Acurio ML. (2004): Prevalencia de desnutrición en pacientes diabéticos hospitalizados en el servicio de endocrinología del HNGAI marzo-mayo 2004. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima.

D-11 DETERMINACIÓN DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA EN PACIENTES DIABÉTICOS HOSPITALIZADOS. INTENSIFICACIÓN TERAPÉUTICA AL ALTA

M. Soto Martín, C. Mancilla Reguera, F. Carrasco Sánchez, A. Ostos Ruíz, A. Hidalgo Jiménez, H. Cachay Osorio, C. Leyva Prado
Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario de Especialidades Juan Ramón Jiménez. Huelva

OBJETIVOS

El grado de control metabólico previo podría condicionar la evolución clínica de la enfermedad que origina el ingreso hospitalario. El objetivo principal de este estudio es evaluar la proporción de pacientes diabéticos que disponen de hemoglobina glicosilada

(HbA1c) durante la hospitalización, comparar los pacientes en función del grado de control metabólico y evaluar el impacto de la intensificación del tratamiento hipoglucemiante.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio piloto de pacientes diabéticos hospitalizados en nuestro centro durante un mes tomado al azar (Octubre 2014) por cualquier causa médica y/o quirúrgica. Se excluyeron pacientes de pediatría y obstetricia. Se reclutaron los pacientes mediante la palabra diabetes, DM, DMT2, DMT1 en los informes de alta. Posteriormente se investigó la determinación de HbA1c durante la hospitalización o los 3 meses previos a la misma. Se calculó la proporción de pacientes con determinación de HbA1c. Se definió mal control metabólico a pacientes con HbA1c \geq 8%. Se evaluó la intensificación del tratamiento hipoglucemiante respecto al basal y el impacto en términos de mortalidad y/o reingresos con un seguimiento de 6 meses.

RESULTADOS

Un total de 410 pacientes con diabetes fueron hospitalizados, pero sólo se disponía de HbA1c en 142 pacientes. La proporción fue del 34,6% (IC95% 0,27-0,42). De los pacientes con HbA1c, 87 (61,3%) determinaciones durante la hospitalización y 55 (38,7%) eran de los 3 meses previos solicitadas en primaria. La edad media fue de 68,78 (SD 14,2) y el 55,6% fueron varones. La HbA1c media fue de 7,37% (SD 1,75), la glucosa media 138,93 mg/dl (SD 56) y la creatinina 1,13 mg/dl (SD 0,84). La estancia media fue de 9,53 días (SD 7,1). Comparamos los pacientes con HbA1c \geq 8% (38 pacientes) respecto a los que presentaban mejor control metabólico (104 pacientes) sin diferencias significativas salvo la glucosa media como es esperable (177 mg/dl vs 124 mg/dl; p <0.001). Sólo a la mitad de los pacientes con HbA1c \geq 8% (19) se les modificó el tratamiento hipoglucemiante al alta. Tras el periodo de seguimiento los pacientes sin recomendaciones de intensificación del tratamiento presentaron una mayor tendencia a los reingresos (13 vs 8; p=0,10) y mortalidad total (3 vs 0; p=0,036).

CONCLUSIONES

La determinación de HbA1c durante la hospitalización y las recomendaciones de intensificación del tratamiento hipoglucemiante al alta siguen siendo bastante bajas. La adecuación del tratamiento al grado de control metabólico podría disminuir los reingresos hospitalarios.

D-12 ADHERENCIA A LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN LA MEDICIÓN DE LA HbA1C EN PACIENTES DIABÉTICOS QUE INGRESAN EN LA UGC DE MEDICINA INTERNA

E. Ruiz Blasco, A. De los Santos Moreno, B. López Alonso, V. Aragón Domínguez, N. Caro Gómez, P. Pérez Guerrero, J. Girón González

UGC Medicina Interna. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz

OBJETIVOS

-Analizar la adherencia a las recomendaciones de la ADA 2015 en lo referente a la medición de la HbA1C al ingreso si no se dispone de unas cifras conocidas en los 3 meses anteriores al mismo.

-Analizar el grado de control de cifras glucémicas de una muestra de pacientes diabéticos ingresados en la Unidad de Medicina Interna mediante la determinación de HbA1c durante el ingreso.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se analizaron los datos de una cohorte retrospectiva de pacientes diabéticos ingresados en Medicina Interna desde Noviembre de 2012 hasta Abril de 2015 que recibían tratamiento al menos con metformina y se recogió la HbA1C al ingreso y hasta en el año anterior al mismo, en intervalos trimestrales.

RESULTADOS

Un total de 330 episodios clínicos correspondientes a 278 pacientes cumplieron los criterios de inclusión del estudio. La edad media de los pacientes fue de $76,7 \pm 9,4$ años, con una distribución por sexos de 45,8% varones y 54,2% mujeres. Solo se obtuvo determinación de HbA1C durante el ingreso en 143 (43,3%) de los episodios analizados. La media de la HbA1C obtenida fue $7,13 \pm 1,48\%$ (rango 4,6-14,1). Analizando independientemente aquellos episodios que no acabaron en éxito solo subió al 49,1 el porcentaje de pacientes con glicadas medidas en el ingreso, corrigiéndose también discretamente con aquellos en los que si se disponía en los 3 meses previos y en gran número en el año previo.

CONCLUSIONES

1. Si bien los pacientes que ingresan en nuestra unidad tienen determinaciones de HbA1C con periodicidad frecuente, no siempre se mide este parámetro en la hospitalización de pacientes diabéticos cuando no se dispone de la misma en los 3 meses previos al ingreso, como marcan las guías.

2. El grado de control glucémico en los pacientes que ingresan en la Unidad, atendiendo a su edad media, es adecuado, aunque en algunos casos mejorable.

3. La hospitalización es una oportunidad para evaluar el control glucémico de nuestros pacientes y por tanto proponer modificaciones terapéuticas para optimizar este control, siendo ésta un área de mejora identificada.

BIBLIOGRAFÍA

1. American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes-2015 abridged for primary care providers. *Diabetes Care* 2015;38:S80–5.

D-13 CONTROL GLUCÉMICO MEDIANTE LA HBA1C DE LOS PACIENTES ATENDIDOS POR EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DE UN HOSPITAL COMARCAL A LO LARGO UNA DÉCADA

F. Rodríguez-Díaz⁽¹⁾, V. Herrero García⁽¹⁾, S. Sánchez-Montes Moreno⁽²⁾,
J. Molina Campos⁽¹⁾, C. San Román Y De Terán⁽¹⁾

⁽¹⁾Servicio de Medicina Interna, ⁽²⁾Análisis Clínicos. Hospital Comarcal Vélez-Málaga (Málaga)

OBJETIVOS

El objetivo del presente estudio fue evaluar el control glucémico, mediante el uso de la determinación de HbA1c, de los pacientes atendidos en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Comarcal de La Axarquía a lo largo del periodo comprendido entre 2005 y 2014.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional descriptivo de las determinaciones analíticas de pacientes atendidos por el Servicio de Medicina Interna, a lo largo del periodo de tiempo comprendido entre el año 2005 y el 2014. A estos pacientes se les ha solicitado la determinación de la HbA1c, tanto para el diagnóstico como para el seguimiento. Las determinaciones analíticas de la HbA1c fueron realizadas por el Servicio de Análisis Clínicos de nuestro hospital mediante cromatografía líquida de alta resolución (Arkray Adams HA 8160®, Menarini Diagnostics), de acuerdo con los criterios estandarizados de la NGSP (National Glycohemoglobin Standardization Program). Este método no ha sufrido cambios durante el periodo de tiempo del estudio. Hemos recopilado los datos de la HbA1c mediante la aplicación informática Omnium® versión 5 (Roche®), siendo analizados los resultados mediante el programa informático Excel 2007® (Microsoft®).

RESULTADOS

Se han analizado un total de 16.252 determinaciones de HbA1c, repartidas entre los años 2005 y 2014, de la siguiente forma: Año 2005: 939 determinaciones; Año 2006: 1149 determinaciones; Año 2007: 1779 determinaciones; Año 2008: 1531 determinaciones; Año 2009: 1429 determinaciones; Año 2010: 1609 determinaciones; Año 2011: 1684

determinaciones; Año 2012: 1981 determinaciones; Año 2013: 2098 determinaciones; Año 2014: 2065 determinaciones. . La distribución por sexos fue de 8050 varones (49.53%) frente a 8202 mujeres (50.46%). En cuanto a la edad de los pacientes, la edad media fue de 66.07 años, con una mediana de 58 años. Se categorizó los resultados de las distintas determinaciones en tres grupos siendo los resultados los siguientes: El 55,4% presentaban buen control de la diabetes ($HbA1c \leq 7\%$), el 19,86% control aceptable ($HbA1c: 7-8\%$) y el 24,69% mal control ($HbA1c > 8\%$). La media de las determinaciones de la HbA1c fue de 7,10% y la mediana de 6,8%.

CONCLUSIONES

Uno de los pilares básicos en el tratamiento del paciente diabético es el control analítico mediante la determinación de la HbA1c de forma semestral. En nuestro hospital, el Servicio de Medicina Interna, atiende tanto en consultas externas como en hospitalización a un número importante de pacientes diabéticos ya sean tipo 1 o tipo 2. En este estudio observamos que, con el dato de la determinación de la HbA1c, tenemos unos buenos resultados de control de nuestros pacientes diabéticos. Se trata no obstante de un estudio observacional, en el que variables confundidoras no medidas podrían haber influido en los resultados observados. Igualmente y como dato adicional, observamos un crecimiento de las solicitudes de esta determinación a lo largo de la última década, como cabría esperar, dadas las recomendaciones de las distintas sociedades científicas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Garber AJ, Abrahamson MJ, Barzilay JI, et al. American Association of Clinical Endocrinologists' comprehensive diabetes management algorithm 2013 consensus statement--executive summary. *Endocr Pract.* 2013;19(3):536-557.

Dolor y cuidados paliativos**DP-01 CUIDADOS PALIATIVOS EN UN HOSPITAL COMARCAL**

S. Vidal Serrano⁽¹⁾, J. Fernández Sosbilla⁽²⁾, R. Pérez Ramos⁽³⁾,
A. Gómez Thébaut⁽⁴⁾, M. Maya⁽⁵⁾, M. Angulo García⁽⁶⁾, M. Medina Duque⁽⁶⁾,
C. Escorial Moya⁽¹⁾

(1)Servicio de Medicina Interna, (2)SCCU, (3)Enfermero, (6)Trabajo social. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos (Sevilla)

(4)Médico, (5)Enfermero. Unidad de soporte de paliativos. Aljarafe (Sevilla)

OBJETIVOS

Unidad de cuidados paliativos: organización y medición de los indicadores en salud desde 2012-2014 en el área del Aljarafe.

MATERIAL Y MÉTODOS

En nuestro hospital se establece el plan comparte paliativo como modelo de colaboración entre atención primaria y M interna, que se distribuye por zonas básicas de salud con un internista de referencia al que se puede acceder desde el centro de salud, vía teléfono, correo electrónico o interconsulta digital de modo que se puede gestionar un ingreso directo a planta si el paciente lo requiere o citar en Unidad de día para solventar tratamientos que no se pueden realizar en el domicilio, evitando de esta manera en gran medida, los servicios de urgencia para estos pacientes. Estos pacientes, se identifican en consulta, durante la hospitalización o bien a través de su médico de atención primaria enviándose al alta de forma automática a su médico y enfermero del centro de salud una alerta para que se valoren a las 48 horas del alta. Existe además un equipo de soporte a domicilio de apoyo a primaria formado por un médico y un enfermero. Se establecen unos indicadores en salud que se miden y comparan durante 2012, 2013 y 2014: Pacientes con documento de voluntades vitales anticipadas realizado, ingresos directo a planta, plan de cuidado específico, ICCAES realizados, valoración social del paciente paliativo, contacto con la asociación contra el cáncer (AECC), coordinación con servicios sociales, coordinación con enfermería del área, pacientes fallecidos en domicilio, valoración en atención primaria a las 48 horas del alta hospitalaria.

RESULTADOS

2012 2013 2014

Pacientes con conocimiento documento de voluntades vitales anticipadas realizado 0% 29% 51%

Ingresos directo a planta 21% 15% 23%

Plan de cuidado específico 38% 30% 42%

ICCAES realizados 69% 54% 74%

Valoración social del paciente paliativo 14% 15% 23%
Contacto con la asociación contra el cáncer 21% 25% 13%
Coordinación con servicios sociales 10% 33% 38%
Coordinación con enfermería del área 31% 52% 45%
Pacientes fallecidos en domicilio 52% 49% 58%
Valoración en atención primaria a las 48 horas del alta hospitalaria. 60% 62% 65%

CONCLUSIONES

- El modelo comparte permite que el 25% de los ingresos se realice directo en planta, evitando esperas en S de Urgencias.
- Un porcentaje elevado de pacientes fallecen en domicilio
- Se ha mejorado la evaluación por trabajo social y enfermería aportando los recursos necesarios para el alta hospitalaria y manejo en domicilio.
- La mayor parte de los pacientes son evaluados a las 72 horas del alta hospitalaria en domicilio.

Paciente pluripatológico y edad avanzada

EA-01 MOTIVO DE INGRESO EN PACIENTES MAYORES DE 85 AÑOS EN EL HOSPITAL DE LA SERRANÍA EN EL AÑO 2014

M. Amaya González, M. Barón Ramos, M. Ruz Zafra, A. Albarracín Arraigosa, A. Muñoz Claros, A. Ruiz Cantero

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

OBJETIVOS

Analizar el motivo de ingreso de los pacientes ancianos mayores de 85 años ingresados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital de Ronda.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño: Estudio descriptivo y transversal. Sujetos de estudio: pacientes mayores de 85 años que ingresaron en el servicio de Medicina Interna de Hospital de Ronda durante el año 2014. Ámbito de estudio: Área de Gestión Serranía de Málaga. Mediciones e intervenciones: se analizaron los informes de alta de los pacientes. Se recogieron la edad, el sexo, los antecedentes personales, el motivo de ingreso y la estación en la que se produce el mismo. Análisis de datos: se calcularon frecuencias y porcentajes de las diferentes categorías de las variables cualitativas y media y desviación típica en las cuantitativas. Se utilizó la Chi cuadrado para el análisis de variables cualitativas y T Student para las cuantitativas. Se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 20.

RESULTADOS

Se realizaron 262 ingresos, de los que 149 (56.9%) eran mujeres y 113 (43.1%) hombres. En relación con sus antecedentes destaca : hipertensión arterial: 215 (82.1%) , fibrilación auricular 94 (35.9%) , cardiopatía isquémica 56 (21.4%), insuficiencia cardíaca 80 (30.5%), diabetes 87 (33.2%), dislipemia 84 (32.1%) , insuficiencia renal 90 (34.4%), EPOC/Asma 89 (34%), Ictus 50 (19,1%), deterioro cognitivo 81 (32.9%), independiente para ABVD 95 (39.7%) y vive en residencia 26 (10.7%). Los principales motivos de ingreso fueron insuficiencia respiratoria 77 (29.4%), insuficiencia cardíaca 50 (19.1%), Cardiopatía isquémica 20 (7.6%), déficit neurológico 20 (7.6%), sepsis 18 (6.9%), patología biliar 15 (5.7%), arritmia 12 (4.6%) y neoplasia 7 (2.7%). El 39.7% (104) de los ingresos se realizaron en invierno, el 22.9% (60) en verano, el 22.1% (58) en primavera, y el 14.9% (39) en otoño.

CONCLUSIONES

Los principales motivos de ingreso en el servicio de Medicina Interna en pacientes mayores de 85 años son la insuficiencia respiratoria, la insuficiencia cardíaca y la cardiopatía isquémica. Los ingresos de estos pacientes son más frecuentes en invierno y en verano.

BIBLIOGRAFÍA

1. Le Corvoiser P, Bastuji-Garin S, Renaud B et al. *Functional status and co-morbidities are associated with in-hospital mortality among older patients with acute decompensated heart failure: a multicentre prospective cohort study. Age and Ageing 2015; 44: 225–231*
2. Marengoni A, Winbland B, Karp A, Fratiglioni L. *Prevalence of chronic diseases and multimorbidity among the elderly population in Sweden. Am J Public Health 2008; 98: 1198.*

EA-02 PERFIL DEL PACIENTE MUY ANCIANO INGRESADO EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

M. Ruz Zafra⁽¹⁾, M. Barón Ramos⁽¹⁾, V. Thomsen Herrera⁽²⁾, M. Grana Costa⁽¹⁾, A. Muñoz Claros⁽¹⁾, A. Ruiz Cantero⁽¹⁾

⁽¹⁾Servicio de Medicina Interna, ⁽²⁾Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital de la Serranía. Ronda (Málaga)

OBJETIVOS

En las últimas décadas, la población está sufriendo un envejecimiento progresivo y alcanzando edades más avanzadas, de forma que actualmente, la población muy anciana (>85 años) constituye un importante número de pacientes que requieren de atención médica ambulatoria y hospitalización (1,2). Por tanto, nuestro principal objetivo ha sido la descripción de la población muy anciana que ingresa en nuestro servicio.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo-retrospectivo de todos los pacientes muy ancianos ingresados en nuestro servicio de Medicina Interna durante el año 2014. Las variables analizadas se extrajeron de los informes de alta, obteniéndose un total de 262 informes correspondientes a pacientes muy ancianos. Se recogieron la edad, el sexo, los antecedentes personales, la estación del año en la que ingresaron, los días de ingreso, la mortalidad y la causa de la misma, el número de fármacos al ingreso y al alta. Se calcularon frecuencias y porcentajes de las diferentes categorías de las variables cualitativas y media y desviación típica en las cuantitativas. Se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 20.

RESULTADOS

Durante el año 2014 se realizaron un total de 262 ingresos de pacientes mayores de 85 años, de los que 149 (56.9%) eran mujeres y 113 (43.1%) hombres, con una edad media de 89.37 años (D.t 3.73). En relación con sus antecedentes destaca: hipertensión arterial: 215 (82.1%), fibrilación auricular 94 (35.9%), cardiopatía isquémica 56 (21.4%), insuficiencia cardíaca 80 (30.5%), diabetes 87 (33.2%), dislipemia 84 (32.1%), insuficiencia renal 90 (34.4%), EPOC/Asma 89 (34%), ictus 50 (19.1%), deterioro cognitivo 81 (32.9%), indepen-

diente para ABVD 95 (39.7%) y vive en residencia 26 (10.7%). En el momento del ingreso los pacientes tomaban 7.86 fármacos (D.t. 3.67). Los principales motivos de ingreso fueron insuficiencia respiratoria 77 (29.4%), insuficiencia cardíaca 50 (19.1%), Cardiopatía isquémica 20 (7.6%), déficit neurológico 20 (7.6%), sepsis 18 (6.9%), patología biliar 15 (5.7%), arritmia 12 (4.6%) y neoplasia 7 (2.7%). 104 (39.7%) ingresos se realizaron en invierno, 60 (22.9%) en verano, 58 (22.1%) en primavera, y 39 (14.9%) en otoño. Se observó una tasa de mortalidad de 25.35% (53). La muerte se produjo en un 26.3% (15) por insuficiencia cardíaca, en el mismo porcentaje (26.3%) por insuficiencia respiratoria, seguidos por déficit neurológico en un 12.3% (7), sepsis en un 10.5% (6) y neoplasia 7% (4). La estancia media fue de 9.67 días. Un 18.66% de los pacientes reingresan, con una media de 2.36 ingresos por paciente.

CONCLUSIONES

El perfil del paciente muy anciano ingresado en el servicio de Medicina Interna es mujer de 89 años, hipertensa, dependiente, que ingresa en invierno por insuficiencia respiratoria y es dada de alta a domicilio en unos 9 días. La población muy anciana en nuestra área constituye un volumen de pacientes nada desdeñable, y se espera que en el futuro sea mayor, por lo que, habría que considerar la posibilidad de una atención más especializada o enfocada a este tipo de paciente y un mayor entrenamiento por parte del personal sanitario.

BIBLIOGRAFÍA

1. Wier L, Pfuntner A, Steiner C. *Hospital utilization among oldest adults, 2008: Statistical Brief 103. Healthcare cost and utilization project (HCUP) Statistical Brief; Agency for Health Care Policy and Research. Rockville, MD 2010.*
2. Marengoni A, Winbland B, Karp A, Fratiglioni L. *Prevalence of chronic diseases and multimorbidity among the elderly population in Sweden. Am J Public Health 2008; 98: 1198.*

EA-03 POLIFARMACIA EN PACIENTES MUY ANCIANOS HOSPITALIZADOS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

M. Ruz Zafra⁽¹⁾, M. Barón Ramos⁽¹⁾, M. Grana Costa⁽¹⁾, M. González Benítez⁽¹⁾, V. Thomsen Herrera⁽²⁾, A. Ruiz Cantero⁽¹⁾

⁽¹⁾Servicio de Medicina Interna, ⁽²⁾Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital de la Serranía. Ronda (Málaga)

OBJETIVOS

La Polifarmacia es más frecuente entre los pacientes muy ancianos (>85 años) y puede dar lugar a la aparición de un mayor número de efectos adversos, interacciones e incluso de patología grave como la fractura de cadera (1,2). Nuestro principal objetivo fue analizar la

situación de Polifarmacia en los pacientes muy ancianos ingresados en nuestro Servicio de Medicina Interna durante el 2014.

MATERIAL Y MÉTODOS

Realizamos un estudio descriptivo analizando los informes de alta de los pacientes muy ancianos (>85 años) que ingresaron en el servicio de Medicina Interna del Hospital de Ronda durante el año 2014. Ámbito de estudio: Área de Gestión Serranía de Málaga. Además de las variables demográficas y clínicas habituales, se recogieron tanto el número de fármacos activos en el momento del ingreso, así como, el número de fármacos aconsejados en el momento del alta hospitalaria. Se consideró polifarmacia cuando al paciente estaba tomando 5 o más fármacos al mismo tiempo. Análisis de datos: se calcularon frecuencias y porcentajes de las diferentes categorías de las variables cualitativas y media y desviación típica en las cuantitativas. Se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 20.

RESULTADOS

Se realizaron un total de 262 ingresos de pacientes mayores de 85 años, de los que 149 (56.9%) eran mujeres y 113 (43.1%) hombres, con una edad media de 89.37 años (Desviación típica 3.73). En relación con sus antecedentes destaca: hipertensión arterial: 215 (82.1%), fibrilación auricular 94 (35.9%), cardiopatía isquémica 56 (21.4%), insuficiencia cardíaca 80 (30.5%), diabetes 87 (33.2%), dislipemia 84 (32.1%), insuficiencia renal 90 (34.4%), EPOC/Asma 89 (34%), Ictus 50 (19.1%), deterioro cognitivo 81 (32.9%), independiente para ABVD 95 (39.7%) y viven en residencia 26 (10.7%). En el momento del ingreso los pacientes tomaban una media de 7.86 (Desviación típica 3.67) fármacos y al alta se prescriben una media de

8.58 fármacos (Desviación típica 3.36), existiendo una diferencia de 0.78 fármacos de más en el momento del alta hospitalaria. La prevalencia de polifarmacia fue de 81.8%.

CONCLUSIONES

La prevalencia de polifarmacia en pacientes mayores de 85 años que ingresan en Medicina Interna es de 81.8%. El ingreso en Medicina Interna no supone un aumento significativo del número de fármacos prescritos. En los pacientes muy ancianos, medidas como reducir al máximo la medicación no estrictamente necesaria, utilizar la dosis más baja posible o evitar directamente fármacos altamente tóxicos, pueden ser medidas importantes para disminuir los efectos de la Polifarmacia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Weng MC, Tsai CF, Sheu KL, et al. *The impact of numbers of drugs prescribed on the risk of potentially inappropriate medication among outpatient older adults with chronic diseases.* QJM 2013; 106: 1009.
2. Lai SW, Liao KF, Liao CC, et al. *Polipharmacy correlates with increased risk for hip fracture in the elderly: a population-based study.* Medicine (Baltimore) 2010; 89:295.

**EA-04 ANÁLISIS DE MORTALIDAD DEL PACIENTE MAYOR DE 85 AÑOS QUE
INGRESA EN MEDICINA INTERNA**

M. Ruz Zafrá⁽¹⁾, M. Barón Ramos⁽¹⁾, M. González Benítez⁽¹⁾, V. Thomsen Herrera⁽²⁾,
I. Pernia Rodríguez⁽¹⁾, A. Ruiz Cantero⁽¹⁾

*⁽¹⁾Servicio de Medicina Interna, ⁽²⁾Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria.
Hospital de la Serranía. Ronda (Málaga)*

OBJETIVOS

Determinar la tasa de mortalidad de los pacientes mayores de 85 años que ingresan en el servicio de Medicina Interna así como, conocer las causas de la muerte en estos pacientes.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño: estudio descriptivo, transversal. Sujetos de estudio: pacientes mayores de 85 años que ingresaron en el servicio de Medicina Interna de Hospital de Ronda durante el año 2014. Ámbito de estudio: Área de Gestión Serranía de Málaga. Mediciones e intervenciones: se analizaron los informes de alta de los pacientes. Se recogieron la edad, el sexo, los antecedentes personales, el motivo de ingreso, la estación en la que se produce el mismo, la mortalidad y sus causas. Análisis de datos: se calcularon frecuencias y porcentajes de las diferentes categorías de las variables cualitativas y media y desviación típica en las cuantitativas. Se utilizó la Chi cuadrado para el análisis de variables cualitativas y T Student para las cuantitativas. Se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 20.

RESULTADOS

Se realizaron un total de 262 ingresos, de los que 149 (56.9%) eran mujeres y 113 (43.1%) hombres. En relación con sus antecedentes destaca: hipertensión arterial: 215 (82.1%), fibrilación auricular 94 (35.9%), cardiopatía isquémica 56 (21.4%), insuficiencia cardíaca 80 (30.5%), diabetes 87 (33.2%), dislipemia 84 (32.1%), insuficiencia renal 90 (34.4%), EPOC/Asma 89 (34%), Ictus 50 (19.1%), deterioro cognitivo 81 (32.9%), independiente para ABVD 95 (39.7%) y vive en residencia 26 (10.7%). Los principales motivos de ingreso fueron insuficiencia respiratoria 77 (29.4%), insuficiencia cardíaca 50 (19.1%), Cardiopatía isquémica 20 (7.6%), déficit neurológico 20 (7.6%), sepsis 18 (6.9%), patología biliar 15 (5.7%), arritmia 12 (4.6%) y neoplasia 7 (2.7%). El 39.7% (104) de los ingresos se realizaron en invierno, el 22.9% (60) en verano, el 22.1% (58) en primavera, y el 14.9% (39) en otoño. Un 20.2% de los pacientes (25.35% ajustado a reingresos) mueren durante el ingreso, siendo las principales causas de muerte: en un 26.3% (15) la insuficiencia cardíaca, en el mismo porcentaje (26.3%) la insuficiencia respiratoria, seguidos por déficit neurológico en un 12.3% (7), sepsis en un 10.5% (6) y neoplasia 7% (4). No se observaron diferencias significativas al relacionar la mortalidad con la estación del año en la que se produce la misma.

CONCLUSIONES

Los pacientes mayores de 85 años que ingresan en el servicio de Medicina Interna mueren en el hospital en un 25.35%, por lo que la mayor parte son dados de alta a domicilio. Las causas principales de muerte son la insuficiencia cardíaca y la insuficiencia respiratoria. Para estudios próximos sería interesante conocer la mortalidad que se produce en domicilio durante el mismo período,

BIBLIOGRAFÍA

1. Le Corvoiser P, Bastuji-Garin S, Renaud B et al. *Functional status and co-morbidities are associated with in-hospital mortality among older patients with acute decompensated heart failure: a multicentre prospective cohort study. Age and Ageing 2015; 44: 225–231*

EA-06 EFECTOS ADVERSOS DE LOS ANTIPSICÓTICOS. ¿SON FRECUENTES?

J. Romero León, A. Lazo Torres, P. Hidalgo Pérez, A. Barnosi Marín,
A. Corrales Torres, H. Kessel Sardiñas

Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Torrecárdenas. Almería

OBJETIVOS

Describir los efectos adversos aparecidos en pacientes ingresados en planta de hospitalización de Medicina Interna del hospital Torrecárdenas que recibieron tratamiento con antipsicóticos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo en el que se incluyeron pacientes ingresados en planta de hospitalización de Medicina Interna durante el período comprendido entre el 1 de Enero de 2014 y el 31 de Diciembre de 2014. Los datos obtenidos se analizaron empleando el programa de análisis estadístico SPSS v.20.

RESULTADOS

En el estudio se incluyeron 86 pacientes (72% mujeres y 28% hombres). La edad media fue de 83'8 años (64-102). El 77% recibía antipsicóticos como tratamiento domiciliario: el 60% quetiapina, 19% risperidona, 9% olanzapina, 8% haloperidol vía oral y el 1'5% paliperidona. El 23% no había recibido tratamiento con antipsicóticos previamente; se les prescribieron durante el ingreso por síndrome confusional agudo. Se revisaron los electrocardiogramas de ingreso para descartar arritmias y fueron excluidos del estudio los pacientes que presentaban insuficiencia hepática, insuficiencia renal moderada-grave y Enfermedad de Parkinson. Ninguno de ellos presentaba sintomatología atribuible al tratamiento en el momento del ingreso. El 66% de los pacientes precisó administración de antipsicóticos por vía intramuscular (62% Haloperidol y 38% Ziprasidona) y el 22% aumento de la dosis pres-

crita inicialmente por síndrome confusional agudo o empeoramiento de síntomas previos. En el 8% se disminuyó la dosis y en el 4% se suspendió el tratamiento en el momento del alta. En cuanto a los efectos adversos, el 12% presentó sintomatología extrapiramidal secundaria al tratamiento: 8% parkinsonismo, 3% distonía y 1% acatisia. En todos los casos la clínica apareció tras la administración de Haloperidol intramuscular y remitió tras la suspensión del fármaco. No apareció prolongación del intervalo QT en el electrocardiograma de ningún paciente ni síndrome neuroléptico maligno. No se ha notificado hasta el momento ningún caso de discinesia tardía.

CONCLUSIONES

Los antipsicóticos atípicos poseen una menor tasa de aparición de efectos adversos. Debe vigilarse estrechamente la aparición de los mismos y realizar un uso juicioso de los fármacos para evitar complicaciones potencialmente muy graves.

BIBLIOGRAFÍA

1. Burns MJ. *The pharmacology and toxicology of atypical antipsychotic agents. J Toxicol Clin Toxicol* 2001; 39:1.
2. White, SR. *Acute dystonic reaction and the neuroleptic malignant syndrome. J Pharm Practice* 2005; 18:175.

EA-07 CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICAS DE PACIENTES CANDIDATOS A FORMAR PARTE DEL PROCESO ASISTENCIAL INTEGRADO DEL PACIENTE PLURIPATOLÓGICO

B. Merelo Ruiz⁽¹⁾, M. Fernández Parrilla⁽¹⁾, A. Camacho Molina⁽¹⁾,
L. Pérez Jiménez⁽¹⁾, R. Borrero Romero⁽¹⁾, E. Montero Sánchez⁽¹⁾,
O. Saavedra Bazaga⁽²⁾, M. Galván Vázquez⁽²⁾

⁽¹⁾Servicio de Medicina Interna, ⁽²⁾Servicio de Urgencias. Hospital Blanca Paloma.
Huelva

OBJETIVOS

Analizar los factores epidemiológicos y existencia de pluripatología de pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna de un Hospital de media estancia.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realiza estudio observacional, longitudinal y retrospectivo, de una base de pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Blanca Paloma entre los meses de agosto a octubre de 2014. Se valoran datos como edad, sexo y existencia de pluripatología, así como grado de dependencia (escala Barthel), nivel de deterioro cognitivo (escala de Pfeiffer) y si se consideraba un reingreso su actual estancia hospitalaria.

RESULTADOS

Se incluyeron un total de 242 pacientes (41% varones y 59% mujeres). La distribución por edades fue: 65-75 años (6.2%); 75-85 años (31.82%); 85-95 años (41%); mayores de 95 años (15.5%). Un 5.4% correspondió a pacientes menores de 65 años. La edad media fue de 85 años. 103 pacientes (43%) cumplían criterios de inclusión en el Proceso Asistencial Integrado del paciente pluripatológico. En ellos las patologías más frecuentes fueron: Cardiopatía isquémica (60%), enfermedad respiratoria crónica (45%) e insuficiencia renal crónica (35%). El grado de dependencia de estos pacientes fue valorado mediante la escala de Barthel: Un 18% fueron catalogados como independientes, un 6.2% dependencia leve, un 23% un nivel moderado de dependencia; mientras que 52.8% eran totalmente dependientes. El nivel de deterioro cognitivo fue evaluado por la escala de Pfeiffer: Un 34% de los pacientes no presentaban deterioro cognitivo; 14% leve, 24% moderado, mientras que un 28% presentaron un severo deterioro cognitivo. 27 pacientes (12%) fueron catalogados como reingreso, mientras que 215 (88%) no lo eran. 36 pacientes (15%) fallecieron durante el ingreso hospitalario.

CONCLUSIONES

El proceso asistencial integrado del paciente pluripatológico es un conjunto de actividades encaminadas a garantizar a los pacientes pluripatológicos una asistencia multidisciplinaria, coordinando a los profesionales, servicios o centros a lo largo del tiempo y en el marco del actual sistema sanitario público de Andalucía. Los pacientes candidatos a este proceso deben de presentar dos o más de las consideradas enfermedades crónicas (cardiopatía, enfermedad renal crónica, enfermedad inflamatoria intestinal, enfermedad cerebrovascular, alteraciones osteoarticulares incapacitantes...); a excepción de los incluidos en programa de trasplantes, diálisis o infección VIH. Los pacientes pluripatológicos representan una población frágil con alta prevalencia de deterioro cognitivo, dependencia, vulnerabilidad clínica y consumo de recursos sanitarios. Este deterioro multidimensional hace aconsejable una valoración integral en la práctica asistencial de estos pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pérez-Díaz JM, Martín Pérez M, Ramos-Cantos MC, SanRomán-Terán CM. *Pacientes con pluripatología ingresados en una unidad de medicina interna. Med Clin (Barc)*. 2005; 126:37

EPOC y Patología respiratoria

EP-01 PATRÓN DE CITOCINAS PRESENTES EN LA COLONIZACIÓN POR PNEUMOCYSTIS JIROVECI Y SU RELACIÓN CON LOS ESTADIOS DE LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA

F. Moreno Verdejo⁽¹⁾, E. Campano⁽²⁾, M. Calero Bernal⁽¹⁾, A. Calzada Valle⁽¹⁾, V. Friaza⁽²⁾, J. Varela Aguilar⁽¹⁾, E. Márquez⁽³⁾, E. Calderón Sandubete⁽⁴⁾

⁽¹⁾Medicina Interna, ⁽³⁾Neumología. Complejo Hospitalario Virgen del Rocío. Sevilla

⁽²⁾Biología Molecular. Instituto Biomedicina de Sevilla/CSIC/ Universidad de Sevilla. (Sevilla)

⁽⁴⁾Medicina Interna. Complejo Hospitalario Virgen del Rocío/ Instituto de Biomedicina de Sevilla/CSIC/Universidad de Sevilla/CIBER Epidemiología y Salud Pública. Sevilla

OBJETIVOS

La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) es una enfermedad inflamatoria compleja, cuya fisiopatología no es conocida por completo. En este sentido la colonización por *Pneumocystis jirovecii* puede participar en la fisiopatología y progresión de la EPOC, puesto que posee la capacidad de desarrollar respuesta inflamatoria local y sistémica en el huésped. El objetivo de nuestro estudio es identificar los cambios inflamatorios inducidos por la colonización por *P. jirovecii* en pacientes con EPOC y su relación con los estadios de la EPOC.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se incluyeron en el estudio un total de 118 pacientes consecutivamente atendidos en una unidad especializada en EPOC de Neumología. Así mismo se evaluó un grupo de pacientes fumadores sin EPOC. Los pacientes con EPOC fueron divididos en dos grupos en función de la severidad según la clasificación de la GOLD. Las muestras que se obtuvieron de estos pacientes fueron de una parte suero y de otra esputo o enjuague bucal. Los niveles de citocinas se determinaron usando un Kit Multicytokine (Aushom), analizándose mediante técnicas de ELISA el MCP-1 en muestras de suero. La identificación de *P.jirovecii* como colonizador del árbol respiratorio se realizó sobre las muestras de esputo o enjuague bucal empleando PCR- Nested en el gen mtLSUrRNA.

RESULTADOS

Se identificó la presencia de *P.jirovecii* en el 27% de los pacientes fumadores sin EPOC, en el 34.5% de pacientes con EPOC moderado (estadios 1-2 de la GOLD), y en el 40.8% de los pacientes con EPOC severo (estadios 3-4 de la GOLD). Los niveles de citocinas proinflamatorias fueron significativamente más elevados en pacientes colonizados en

comparación con pacientes no colonizados con EPOC. Los niveles de Betaglucanos no se modificaron. En relación a la severidad del EPOC, los niveles de IL-6; IL-8 e IL1a se encontraban significativamente aumentados en los pacientes colonizados, independientemente del estadio de la EPOC. Los Niveles de IL-1b; INF-g; TNF- α e IL-2, estaban significativamente aumentados en pacientes con EPOC moderado. Los niveles de IL-10 fueron los únicos que se hallaron significativamente elevados entre los pacientes colonizados por *P.jirovecii* con EPOC severa.

CONCLUSIONES

La colonización por *P.jirovecii* es mayor en pacientes con EPOC severa, lo que sugiere la existencia de una asociación entre progresión de la EPOC y colonización por el mismo. Así mismo el patrón de Citocinas inducido por la colonización por *P.jirovecii* parece estar relacionado con los estadios de la EPOC.

BIBLIOGRAFÍA

1. Calderon Sandubete E.J., Rivero L, Respaldiza N, Morilla R, Montes Cano M.A., Friaza V, Muñoz Lobato F, Varela J.M., Medrano F.J., De la Horra C. Systemic Inflammation in Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease who are Colonized with *Pneumocystis jirovecii*. CID 2007; 45:e17-9

EP-02 EVALUACIÓN DE LA RESPUESTA INFLAMATORIA INDUCIDA POR LA COLONIZACIÓN POR PNEUMOCYSTIS JIROVECII EN PACIENTES CON EPOC

M. Calero Bernal⁽¹⁾, F. Moreno Verdejo⁽¹⁾, E. Pereira Díaz⁽¹⁾, E. Campano⁽²⁾, A. Calzada Valle⁽¹⁾, C. De la Horra⁽³⁾, E. Márquez⁽⁴⁾, F. Medrano Ortega⁽³⁾

⁽¹⁾Medicina Interna, ⁽⁴⁾Neumología. Complejo Hospitalario Virgen del Rocío. Sevilla

⁽²⁾Biología Molecular. Instituto de Biomedicina de Sevilla/Universidad de Sevilla. Sevilla

⁽³⁾Biología Molecular. Complejo Hospitalario Virgen del Rocío/ Instituto de Biomedicina de Sevilla/Universidad de Sevilla/ CSIC/ CIBER Epidemiología y Salud Pública. Sevilla

OBJETIVOS

La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) es una enfermedad inflamatoria, cuya fisiopatología es compleja, en la que no se conocen todos los factores que modulan la respuesta inflamatoria y la limitación al flujo aéreo que la caracteriza. La presencia de *Pneumocystis jirovecii* en el árbol respiratorio como colonizador, podría jugar un papel importante en la fisiopatología y progresión de la EPOC, por ocasionar un aumento de la respuesta inflamatoria, y por ende de la limitación al flujo de aire. El objetivo de nuestro

estudio fue evaluar la influencia de la colonización por *P. jirovecii* sobre la respuesta inflamatoria sistémica en pacientes con EPOC.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un diseño de casos y controles seleccionándose de una cohorte controlada en una unidad especializada en esta patología un total de 18 pacientes con EPOC colonizados por *P. jirovecii* que fueron apareados en cada caso según edad, sexo, tabaquismo y gravedad de la EPOC con dos controles no colonizados. En todos los casos se realizó una evaluación clínico-epidemiológica y se obtuvieron muestras de sangre y de esputo o enjuague orofaríngeo. Los niveles de citocinas se determinaron usando un Kit Multicytokine (Aushm). La identificación de *P. jirovecii* como colonizador del árbol respiratorio se realizó sobre las muestras de esputo o enjuague orofaríngeo empleando una PCR anidada para el gen mtLSURNA.

RESULTADOS

Como era de esperar, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a edad, sexo, hábito tabáquico o gravedad de la EPOC según la clasificación de la GOLD comparando entre el grupo de pacientes colonizados por *P. jirovecii* y los no colonizados. Los niveles de IL-6, TNF- α , IL-8, e IL-10 se encontraban significativamente elevados en los pacientes colonizados por *P. jirovecii* con respecto a los no colonizados, mientras que no se encontraron diferencias significativas en cuanto a las citocinas INF-g, IL-2, e IL-1b.

CONCLUSIONES

Los pacientes con EPOC colonizados por *P. jirovecii* tienen niveles significativamente más elevados de citocinas proinflamatorias a nivel sistémico, con respecto a los pacientes no colonizados, lo que sugiere que el papel de *P. jirovecii* en la EPOC no sea de mero colonizador, sino que produce respuesta inflamatoria en el huésped, y por lo tanto puede intervenir en la fisiopatología y progresión de la EPOC.

BIBLIOGRAFÍA

1. Calderon Sandubete E.J., Rivero L, Respaldiza N, Morilla R, Montes Cano M.A., Friaza V, Muñoz Lobato F, Varela J.M., Medrano F.J., De la Horra C. Systemic Inflammation in Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease who are Colonized with *Pneumocystis jirovecii*. CID 2007; 45:e17-9

Enfermedades raras

ER-02 ESTUDIO DE UNA COHORTE DE PACIENTES CON TELANGIECTASIA HEMORRÁGICA HEREDITARIA (THH) EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

A. Camacho Carrasco, S. Rodríguez Suárez, A. González Estrada,
M. Alarcón Garcelan, P. García Ocaña, M. Pérez Quintana, J. Alarcón García,
J. García Morillo

*Enfermedades Autoinmunes y Minoritarias. Servicio de Medicina Interna.
Complejo Hospitalario Virgen del Rocío. Sevilla*

OBJETIVOS

Analizar las características clínicas, biológicas, radiológicas y genéticas de una cohorte de pacientes con THH en un hospital de tercer nivel.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional descriptivo de carácter retrospectivo de una cohorte de 24 pacientes con THH del Hospital Virgen del Rocío de Sevilla (Servicios de Medicina Interna, Otorrinolaringología, Neurología y Dermatología). Se seleccionaron los pacientes que habían sido dado de alta de planta de hospitalización o que seguían en consulta con dicho diagnóstico. Se recogieron variables demográficas, clínico-analíticas, biológicas, radiológicas, genéticas y terapéuticas. Se incluyeron los valores en una base de datos de SPSS y se procedió a realizar un estudio de frecuencias de tipo descriptivo. Se presentan los resultados.

RESULTADOS

Se analizaron un total de 24 pacientes, con una edad media de 59,8, 58,3% varones y 41,7% mujeres. El 41,7% estaba en seguimiento por Medicina Interna. El síntoma de presentación más frecuente fue la epistaxis (50%), siendo la mayoría (87,5%) numerosas. Se objetivaron telangiectasias muco-cutáneas en el 54,2%, fístulas arterio-venosas (FAV) pulmonares en el 25%, FAV hepáticas en el 12,5%, FAV cerebral en el 8,3% y telangiectasia intestinal en el 33,3% (si bien >40% de los pacientes no se realizó estudio de cribado de afectación visceral por MAV). La sintomatología relacionada fue: el 25% presentó sangrado digestivo, el 20,8% disnea, el 12,5% hemoptisis, el 8,3% cianosis, el 8,3% infección en SNC, el 4,2% ortodesoxia, el 4,2% platipnea y el 4,2% infección pulmonar. Un 8,3% presenta hipertensión pulmonar (en base a determinación ecocardiográfica). El 8,3% falleció (2 pacientes: 1 por infección del SNC y otro por hemorragia digestiva). El 50% de los pacientes no tenía ningún familiar de primer grado afecto, el 25% tenía 1 y el 20,8% tenía 2. Un 12,5% cumplían los 4 criterios de Curaçao, 37,5% cumplía 3 criterios (el 50% cumple por tanto criterios dedidiagnóstico definitivo), el 33,3% cumplía 2 criterios y 16,7% de los pacientes solo cumplía 1 criterio. El

estudio genético se realizó solamente en 2 casos, siendo la variante THH2/mutación del gen ACVRLK1 la que se encontró. El diagnóstico radiológico se estableció en base a TAC (realizado al 70.8% de los paciente, de estos el 53% sin hallazgos), arteriografía (en el 59% de los casos) y radiología simple (solo se realizó Rx tórax al 20.8%, en el 100% de los casos ésta no era patológica). Se detectó la presencia de shunt arterio-venoso en el 31.3% de los casos (mediante ecocardiografía con burbujas). Se realizó tratamiento preventivo mediante embolización de MAV visceral en el 25% de los casos (7 pacientes: 6 MAV pulmonar y 2 MAV hepática), precisando el 4.2% de los pacientes más de 1 sesión. El tratamiento más habitual de las complicaciones hemorrágicas fue el taponamiento y esclerosis (12.5%) seguido por la septoplastia (8.3%) y la cauterización (4.2%). El 4.2% precisó tratamiento combinado con taponamiento, esclerosis, laserterapia y septoplastia. Se pautó ácido tranexámico al 66.6% de los casos, ninguno toma antiagregación ni anticoagulación (en el 4.2% había sido retirado). El 8.3% ha recibido bevacizuman intranasal y el 50% recibió profilaxis antibióticas ante manipulaciones sobre todo orales.

CONCLUSIONES

En nuestro centro, la THH es una enfermedad infraestudiada (motivo que pudiera justificar una prevalencia de MAV viscerales en nuestra cohorte menor a lo descrito en la literatura) y por tanto, probablemente infratratada. Consideramos relevante la centralización de la atención de estos paciente en una unidad especializada con la finalidad de mejorar la labor de cribado y tratamiento de esta patología. Entre las potenciales áreas de mejora se identifica el cribado de la afectación visceral así como el estudio genético y diagnóstico precoz de familiares(1).

BIBLIOGRAFÍA

1. N. Garg, M. Khunger, A. Gupta, N. Kumar. *Optimal management of hereditary hemorrhagic telangiectasia. JBlood Med. 2014; 5: 191–206.*

ER-03 PREVALENCIA DE MUTACIONES DEL GEN HFE EN UNA COHORTE DE PORFIRIA CUTÁNEA TARDA

M. Pérez Quintana, S. Rodríguez Suárez, A. González Estrada, P. García Ocaña, J. Alarcón García, J. García Morillo

Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Virgen del Rocío. Sevilla

OBJETIVOS

La porfiria cutánea tarda (PCT), debida a una actividad reducida de la uroporfirinógeno decarboxilasa, es la más común de las porfirias. Puede ser hereditaria (AD) o esporádica, siendo indistinguibles desde el punto de vista clínico. Se sabe que en los pacientes que

padecen PCT la presencia de mutaciones en el gen de la hemocromatosis (HFE) contribuye a la sobrecarga férrica sérica y hepática. Según las series, la mutación más frecuentemente encontrada y la que supone mayor riesgo de aparición de PCT es la homocigosis para Cys282Tyr seguida de la heterocigosis para His63Asp en el gen HFE. El objetivo de nuestro estudio es describir las características clínicas y biológicas de una cohorte de pacientes con PCT, haciendo especial relevancia en la prevalencia de mutaciones del gen HFE y sus subtipos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se ha diseñado un estudio observacional descriptivo, retrospectivo, de una cohorte de pacientes en seguimiento en la Unidad de Enfermedades Minoritarias del HUVR afectados de PCT. Los datos se analizaron con el programa estadístico SSPS 15.0.

RESULTADOS

Nuestra cohorte de pacientes con porfiria cutánea tarda la componen un total de 32 pacientes, 26 hombres y 6 mujeres, con una edad mínima de 35 años y máxima de 83 (media de 55 años). En 14 de ellos (43%) se asocia a infección por Virus de la Hepatitis C, en 8 (25%) a consumo perjudicial de alcohol y en 10 (31%) no se han encontrado causas asociadas a la aparición de PCT esporádica. De los 32 pacientes, se realizó test genético en busca de mutaciones de HFE en 24 de ellos (75%), mostrando mutaciones en 11 pacientes (34%) y siendo negativo en los 21 restantes (65%). La mutación hallada con mayor frecuencia es la heterocigosis de His63Asp en 8 pacientes (25%) seguida de la homocigosis de His63Asp objetivada en 2 pacientes y, por último, se halló heterocigosis de His63Asp y Cys282Tyr en un sólo paciente.

CONCLUSIONES

El hallazgo de mutaciones en el gen HFE tiene una alta prevalencia en pacientes con porfiria cutánea tarda, contribuyendo al empeoramiento de la sobrecarga férrica que presentan estos pacientes. En nuestra cohorte, la prevalencia de mutaciones del gen HFE asociado a PCT es similar a estudios previos, sin embargo, la mutación más frecuentemente encontrada es la His63Asp en heterocigosis que supone un menor riesgo de desarrollo de PCT.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ryan Caballes F, Sendi H, Bonkovsky HL. Hepatitis C, porphyria cutanea tarda and liver iron: anupdate. *Liver Int.* 2012 Jul;32(6):880-93
2. Iron Overload syndromes other than hereditary hemochromatosis *UpToDate* 2015.
3. Porphyria Cutanea tarda and Hepatitis C virus infection. *UpToDate* 2015.

Tabla 1. Mutaciones del gen HFE en nuestra cohorte de PCT

| | |
|---|------------------|
| Mutación His63Asp en heterocigosis | 8 pacientes 25% |
| Mutación His63Asp en homocigosis | 2 pacientes 6,3% |
| Mutación doble heterocigota en His63Asp y Cys282Tyr | 1 paciente 3,1% |

ER-05 ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE UN FOCO ENDÉMICO EN HUELVA DE POLINEUROPATÍA AMILOIDÓTICA FAMILIAR TIPO I

S. Benito Conejero, F. Muñoz Beamud, C. Borrachero Garro, A. Hidalgo Jiménez, M. De Sousa Baena, I. Martín Suárez, F. Cuesta López

Unidad de Amiloidosis Familiar. Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Universitario de Huelva

OBJETIVOS

Describir las características clínicas y epidemiológicas de una serie de pacientes diagnosticados de PAF1 en Huelva, el segundo foco de PAF1 en España.

MATERIAL Y MÉTODOS

Incluimos 42 pacientes diagnosticados de PAF 1 en Huelva desde enero de 1988 a la actualidad. Revisión retrospectiva de las historias clínicas de los pacientes para realizar análisis descriptivo de las características demográficas y clínicas.

RESULTADOS

Desde enero de 1988 hasta la actualidad 42 pacientes. El 79% varones. La edad media inicio: 50,67(edad media de forma precoz: 34,77, edad media de forma tardía:62,58) y en el 57% la clínica se inició con ≥ 50 años. La edad media al diagnóstico: 52,63 años. La media de la demora diagnóstica: 25 meses (incluye casos antiguos). Procedencia: la gran mayoría de Valverde (86%), Portugal (2,3%) y Beas (18,6%). El 85% tenían antecedentes familiares (forma precoz el 99%). El síntoma de debut más frecuente fueron las alteraciones sensitivas (disestesias e hipoestesia termo-analgésica) de predominio en las extremidades inferiores: 88%. El total de las pacientes presentaba clínica del SNP y el 95,2% además del SNA. Dentro de ellas las más frecuentes fueron las gastrointestinales 83,3%, y le siguen las de la esfera urológica (alteraciones miccionales-sexuales). En otros órganos: la afectación cardíaca se halló en un 55% (14% requirieron implantación de marcapasos por alteraciones graves de la conducción), afectación ocular en un 21%, y renal en un 16,6%. El 100% de los pacientes

presentaban clínica compatible y/o test genético confirmatorio de dicha enfermedad. El 100% presentaban la mutación Val30Met en el gen de la transtirretina. Todos eran heterocigotos, salvo 2 homocigotos. El 76% tenían biopsia realizada (44 biopsias), siendo positivas el 72%. Todos tenían ENG, presentando alteraciones compatibles el 95,2%. Los patrones de afectación del ENG fueron algo heterogéneos. El trasplante hepático se realizó en el 52,4% (desde el año 2000) con buenos resultados globales en cuanto a estabilización de los síntomas y supervivencia. En tratamiento con tafamidis hay 3 pacientes en la actualidad. Han fallecido el 35,7% (mayoría no trasplantados), a una edad media de 68,6 años.

CONCLUSIONES

Aunque la FAF1 es una enfermedad infrecuente, la existencia de un foco endémico en nuestra área sanitaria nos obliga a considerarla en el diagnóstico diferencial. El foco endémico de Huelva se comporta como una polineuropatía con marcada afectación sistémica y predominio en varones e inicio a edades tardías.

BIBLIOGRAFÍA

1. Planté-Bordeneuve V, Saud G. *Familial amyloid polyneuropathy*. *Lancet Neurol* 2011; 10: 1086-97
- Sousa A, Coelho T, Barros J, Sequeiros J. *Genetic Epidemiology of Familial Amyloidotic Polyneuropathy (FAP)-Type I in Póvoa do Varzim and Vila do Conde (North of Portugal)*. *Am J of Med Genetics* 1995; 60: 512-521

ER-06 DIAGNÓSTICO DEL PACIENTE CON CONECTIVOPATÍA: MANEJO EN UNA CONSULTA DE ENFERMEDADES MINORITARIAS

P. García Ocaña, A. González Estrada, S. Rodríguez Suárez, M. Pérez Quintana, J. Alarcón García, A. Camacho Carrasco, J. Andreu Álvarez, J. García Morillo
Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Virgen del Rocío. Sevilla

OBJETIVOS

Las conectivopatías hereditarias son enfermedades del tejido conectivo cuya expresión fenotípica se relaciona con una amplia gama de presentaciones clínicas con afección sistémica. Fundamentalmente debemos diferenciar entre las fibrilinosopatías (Marfan, Ectopia Lentis, el fenotipo MASS, el prolapso de la válvula mitral familiar), las conectivopatías no relacionadas con mutaciones de la fibrilina (Ehlers-Danlos, Síndrome de Loews-Dietz) y otras patologías no relacionadas con el tejido conectivo, como el aneurisma aórtico familiar no sindrómico. Nuestro objetivo es dar las claves para clasificar a estos pacientes, que necesitan una valoración integral para ser diagnosticados, pudiendo evitar así desenlaces fatales.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional descriptivo realizado en la consulta de enfermedades minoritarias de Medicina Interna del Hospital Virgen del Rocío (Sevilla). Se recogieron: antecedentes familiares, examen físico detallado, Valoración fenotípica, Escalas de hiperlaxitud, Afectación aórtica mediante ecocardiografía transtorácica (ETT), Examen oftalmológico. En los pacientes que no se cumplían criterios diagnósticos se solicitó estudio genético de la mutaciones características, principalmente FBN1 y COL3A1

RESULTADOS

De los 31 pacientes enviados por fenotipo marfanoide para completar estudio, 12 han sido diagnosticados de Enfermedad de Marfan (EM), 9 de Ehlers-Danlos (ED), destacando 3 de ellos con diagnóstico de ED vascular, uno de fenotipo MASS y 9 no cumplen criterios diagnóstico de EM ni de otras conectivopatías por lo que continúan en seguimiento y pendiente de estudios genéticos. La edad media de nuestros pacientes es 27,2 años, siendo 18 varones. La talla media 181,2 cm. Dentro de los pacientes diagnosticados de EM, la característica fenotípica más frecuente fue la escoliosis, presente en 8 pacientes, seguido de las anomalías de la caja torácica, que afectaba a cinco de ellos, siendo más frecuente el pectum excavatum (menos específico que el pectum carinatum, presente solo en un paciente). La afectación ocular está presente en 10, presentando 4 pacientes subluxación de cristalino, 4 de ellos miopía magna, una luxación y un desprendimiento. El diámetro aórtico medio medido en los senos de Valsalva fue de 36,3 mm (Z score 1,8-2,2). La confirmación de la mutación del gen FBN1 se ha llevado a cabo en 5 pacientes. Entre los pacientes con ED, se cumplen criterios de hiperlaxitud asociado a escoliosis en 6 pacientes, 2 de ellos clasificados como ED tipo III, asociando dilatación de la raíz aórtica en un paciente y prolapso de válvula mitral en otro. Tres clasificados de ED tipo IV, diagnosticados mediante evento guía: el primero de ellos por aneurisma de arteria esplénica, con múltiples complicaciones tras la cirugía (neumotórax espontáneo, aneurisma de arteria radial), con mutación característica del gen COL3A1 confirmada; La segunda por perforaciones colónicas recidivantes así como perforación vesical, con una variante del gen COL3A1, no descrita en la literatura; el tercero, por neumotórax espontáneo, asociado a fenotipo compatible y antecedentes familiares, con variante del gen COL3A1, descrita en la literatura, como de significado incierto.

CONCLUSIONES

Para el diagnóstico y clasificación de las conectivopatías es necesario: Examen clínico exhaustivo (especial atención a paladar, tórax, manos y piel), los antecedentes familiares, la valoración cardiaca, de raíz aórtica y el examen ocular. La valoración ortopédica y los eventos guía ayudan en el diagnóstico diferencial. Una vez llegado al diagnóstico podemos prevenir desenlaces fatales, hacer consejo genético y pivotar el manejo del paciente de cara al embarazo, la cirugía, etc.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kumar A, Agarwal S. Marfan syndrome: An eyesight of syndrome. *Meta Gene*. 2014 Jan 14;2:96-105
2. Rosenbush SW, Parker JM1. Height and heart disease. *Rev Cardiovasc Med*. 2014;15(2):102-8
3. LaMont LE, Doyle SM. Orthopedic aspects of collagen disorders. *Curr Opin Pediatr*. 2014 Feb;26(1):79-84

ER-07 DIFERENCIAS CLÍNICAS DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD DE ANDRADE DE INICIO PRECOZ FRENTE A LOS DE INICIO TARDÍO

C. Borrachero Garro, A. Hidalgo Jiménez, M. De Sousa Baena, S. Benito Conejero
Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario de Especialidades Juan Ramón Jiménez. Huelva

OBJETIVOS

Los pacientes con Polineuropatía amiloidótica familiar (PAF) presentan una clínica de polineuropatía periférica junto con otras manifestaciones no constantes de disautonomía y secundarios al depósito de amiloide. El debut de la PAF puede distribuirse según la edad de inicio en debut temprano (inicio en la tercera-cuarta década de la vida) y en debut tardío (inicio a partir de la quinta década de la vida). En las zonas endémicas el debut suele ser temprano y en las no endémicas el debut tardío. Los pacientes con debut temprano suelen presentar más sintomatología en relación con disautonomía que aquellos con debut tardío. Valverde del Camino (Huelva) es el segundo foco en España de PAF.

OBJETIVO

Evaluar las diferencias clínicas entre los pacientes de nuestro foco que presentan un debut precoz frente a los que lo hacen de forma tardía.

MATERIAL Y MÉTODOS

MATERIAL Y MÉTODO: Se dividieron los pacientes recogidos en una base de datos según su debut (temprano o tardío) y se compararon las frecuencias de características clínicas por grupos.

RESULTADOS

De un total de 42 pacientes. 18 pacientes (42,85%) tuvieron un debut temprano y 24 pacientes tuvieron un debut tardío (57,14%) Las manifestaciones cardíacas fueron del 23,80% en pacientes con debut temprano y del 30,95% en pacientes con debut tardío. Las manifestaciones gastrointestinales 26,19% debut temprano y 45,23% en los de debut tardío. Manifestaciones oculares: debut temprano 7,14% debut tardío 11,90%. Enfermedad renal por

depósito debut temprano (4,76%), debut tardío (11,90%). Síndrome del Túnel del carpo (debut temprano (9,52%),debut tardío (14,28%). Síntomas urológicos: debut(temprano 14,28%,debut tardío 6,66%. Síntomas genitales: debut temprano 21,42%,debut tardío 16,66%. Artropatía neuropática (debut temprano 7,14%, debut tardío 7,14%. Hipotensión ortostática (debut temprano 7,14%, debut tardío 4,76%. Hipoglucemia: debut temprano 7,14%, tardía 0 0%.

CONCLUSIONES

En nuestro foco la frecuencia de debut tardío es ligeramente superior a la de debut temprano, a pesar de tratarse de un foco endémico. A pesar de que las manifestaciones clínicas se presentan en ambos grupos, los pacientes con inicio temprano tienen una frecuencia mayor de síntomas disautonómicos del tipo genitourinario, hipotensión ortostática y hipoglucemias. Los de debut tardío presentan más manifestaciones gastrointestinales, oculares, síndrome del Túnel del carpo, y manifestaciones cardíacas y renales. La frecuencia de la artropatía neuropática es similar en ambos grupos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Munar-Qués, M. "Polineuropatía amiloídótica familiar o enfermedad de Corino Andrade." *JANO* 68.1.559(2005): 1134.
2. Planté-Bordeneuve, Violaine, and Gerard Said. "Familial amyloid polyneuropathy." *The Lancet Neurology* 10.12 (2011): 1086-1097.

ER-08 DESCRIPCIÓN DE LAS COMPLICACIONES CLÍNICAS EVOLUTIVAS REGISTRADAS EN UN FOCO ENDÉMICO DE POLINEUROPATÍA AMILOIDÓTICA FAMILIAR (PAF)

M. De Sousa Baena, S. Benito Conejero, F. Muñoz Beamud, C. Borrachero Garro, A. Hidalgo Jiménez, I. Martín Suárez

Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario de Especialidades Juan Ramón Jiménez. Huelva

OBJETIVOS

Describir las complicaciones clínicas más frecuentes en un foco endémico de PAF de 42 pacientes, así como las características de los pacientes que presentan estas complicaciones.

MATERIAL Y MÉTODOS

Realizamos una revisión retrospectiva de las complicaciones más frecuentes en nuestro grupo de 42 pacientes, recogidas en la base de datos de PAF de nuestro hospital, así como los datos relativos a edad al diagnóstico, demora en el diagnóstico, forma de presentación tardía/precoz, tiempo de supervivencia hasta el presente o el exitus y número de pacientes transplantados.

RESULTADOS

De un total de 42 pacientes, 35 (85%) presentaron complicaciones a lo largo de su enfermedad. En cuanto a la distribución por sexos en este subgrupo, el 80% (28) eran varones y el 20% (7) mujeres. La forma de presentación clínica fue precoz en 13 pacientes (37%), y tardía en 22 pacientes (63%). La edad media al diagnóstico de estos 35 pacientes fue 52.51. La media de meses de demora en el diagnóstico fue de 30 meses, y el tiempo de supervivencia hasta el presente o el exitus fue de 70 meses de media (5.8 años). De estos pacientes, 11 (31%) habían fallecido, con una media de edad en torno a 64 años al exitus. De los 35 pacientes que presentaban complicaciones recibieron trasplante hepático 16 pacientes (45.7%). Las complicaciones más frecuentes fueron las neurosensitivas: 7 pacientes presentaban mal perforante plantar, 10 pacientes síndrome del túnel carpiano, 6 habían presentado quemaduras y 2 pacientes presentaron úlceras por presión. En cuanto a las complicaciones osteoarticulares, 10 pacientes precisaban ayuda para la deambulación, 6 pacientes desarrollaron neuroartropatía, fracturas 2 pacientes y osteomielitis 1 paciente. En cuanto a complicaciones cardíacas, 6 pacientes precisaron marcapasos definitivo por trastornos graves de la conducción. Presentaron malabsorción 4 pacientes. Las complicaciones renal y ocular fueron menos frecuentes. Otras complicaciones observadas fueron: anemia, osteoporosis, vejiga neurógena e Infecciones urinarias recurrentes. Las frecuencias de las distintas complicaciones aparecen recogidas en la figura 1

CONCLUSIONES

Los pacientes que presentaron complicaciones en nuestra serie fueron varones en su mayoría, en torno a las 52.5 años de edad, con un tiempo de demora desde la aparición de los síntomas hasta el diagnóstico de unos 2 años y medio, y con una tasa de trasplante hepático del 45.7%. Las complicaciones más frecuentes en nuestra población fueran las neurosensitivas, lo que se correlaciona con la alta frecuencia de polineuropatía en nuestra población, seguidas por las osteoarticulares y las cardíacas. Probablemente disminuyendo el tiempo de demora hasta el diagnóstico podamos disminuir la tasa de complicaciones que vemos reflejada en nuestro grupo, aumentando para ello la tasa de trasplante hepático, que mejoraría fundamentalmente la progresión de las complicaciones neurosensitivas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Planté-Bordeneuve V, Said G. *Familial amyloid polyneuropathy. Lancet Neurol* 2011;10:1086-97.

Enfermedad vascular**EV-02 APROXIMACIÓN INICIAL A LA ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR EN UN HOSPITAL COMARCAL EN LOS ÚLTIMOS 4 AÑOS**

J. Osuna Sánchez⁽¹⁾, L. Pérez Belmonte⁽²⁾, P. Cabrera García⁽¹⁾,
J. Molina Campos⁽¹⁾, J. Pérez Díaz⁽¹⁾, M. Navarrete de Gálvez⁽¹⁾, M. Guil García⁽¹⁾,
C. San Román de Terán⁽¹⁾

⁽¹⁾Servicio de Medicina Interna. Hospital Comarcal de La Axarquía. Hospital Comarcal de la Axarquía. Vélez-Málaga (Málaga)

⁽²⁾Unidad de Gestión Clínica del Corazón. Hospital Universitari. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria. Málaga

OBJETIVOS

Realizar un estudio descriptivo retrospectivo de pacientes con enfermedad cerebrovascular (ECV) en un hospital comarcal, analizando sus características demográficas como la edad y la distribución por género, el tipo de patología cerebrovascular y la estancia media.

MATERIAL Y MÉTODOS

Análisis descriptivo transversal de los pacientes con enfermedad cerebrovascular ingresados en nuestro servicio desde Enero de 2011 a Diciembre 2014. Se han revisado los informes de alta de los pacientes ingresados y hemos analizado datos demográficos incluyendo la edad y la distribución por género, el tipo de patología cerebrovascular (isquémica o hemorrágica) y la estancia media. Un estudio descriptivo de las características de cada uno de los grupos mediante sus frecuencias y comparando sus medias y un análisis estadístico bivariante, comparando las variables cuantitativas mediante el test de la U de Mann Whitney.

RESULTADOS

Se incluyeron un total de 692 pacientes, con una edad de $71,7 \pm 11,5$ años (Rango: 34-94) y de los que el 62,6% eran varones. Hubo un aumento progresivo del número de ingresados por accidentes cerebrovasculares desde el año 2011 al 2014, con una diferencia en estos cuatro años estadísticamente significativa, pasando de un 23,1% del 2011 al 27,7% del 2014 ($p < 0,05$). La estancia se situó en $9,3 \pm 6,3$ días. De la población total, 116 pacientes (16,8%) representaban el grupo de ECV hemorrágica. Al comparar las características demográficas este grupo con el grupo de ECV isquémica encontramos diferencias en la edad ($73,5 \pm 11,7$ vs $71,3 \pm 11$ años, $p < 0,01$) y en la estancia media ($11,7 \pm 6$ vs $8,8 \pm 5,3$ días, $p < 0,01$).

CONCLUSIONES

DISCUSIÓN En el análisis se puede observar como hay un aumento paulatino de los eventos cardiovasculares en nuestra población con el paso de los años. Se muestra como una patología fundamentalmente del género masculino y en una mayor proporción relaciona-

da con eventos isquémicos, fundamentalmente en relación con los principales factores de riesgo cardiovascular y comorbilidades. En este estudio se puede observar la mayor estancia que representa la ECV hemorrágica, lo que ocasiona en términos relativos (ya que su proporción es menor que los episodios isquémicos) un mayor coste personal, social y económico, en comparación con los procesos isquémicos. En este estudio descriptivo se muestran datos iniciales de un proyecto de mayor envergadura sobre el análisis clínico de los pacientes con ECV en la comarca de la Axarquía (Málaga).

CONCLUSIONES

Los pacientes con ECV de tipo hemorrágico tienen mayor edad y estancia media, con las consecuencia personales y socio-económicas que genera y cuyos datos deberán ser analizados en mayor profundidad con un estudio más ambicioso que ya hemos comenzado.

BIBLIOGRAFÍA

1. Fuentes B, et al. *Guía para el tratamiento preventivo del ictus isquémico y AIT (II). Recomendaciones según subtipo etiológico. Neurología. 2011. doi:10.1016/j.nrl.2011.06.003*

EV-04 CARACTERÍSTICAS DE PACIENTES INGRESADOS POR SCASEST Y ESTANCIA MEDIA HOSPITALARIA EN UN HOSPITAL COMARCAL

A. Merlo Serrano, C. Magro Fernández, J. Ramos Clemente Romero, J. Fernández Soto, E. Gutiérrez Cortijo, M. Sáenz de Tejada López, A. Hidalgo Castellón, P. Massi Aguirre

Medicina Interna. Hospital Comarcal Infanta Elena. Huelva

OBJETIVOS

El primer objetivo consiste en describir las características epidemiológicas, los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) y el tratamiento domiciliario de los pacientes ingresados con diagnóstico de SCASEST en nuestra área sanitaria. Como segundo objetivo se pretende analizar la relación entre la presencia de los FRCV citados previamente y la duración de la estancia hospitalaria en estos pacientes.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se ha diseñado un estudio observacional retrospectivo para determinar la importancia de la comorbilidad en la evolución de los pacientes con SCASEST, que incluye los pacientes ingresados con diagnóstico al alta de SCASEST durante el período comprendido entre Abril y Junio de 2013 en el complejo Hospitalario de Huelva. Además se ha valorado su evolución durante un año de seguimiento.

RESULTADOS

Se recogieron un total de 40 pacientes, el 55% fueron hombres y el 45% mujeres. La edad media fue de 70,4 años. Los FRCV ordenados de mayor a menor prevalencia fueron: hipertensión arterial dislipemia, diabetes, tabaquismo e insuficiencia renal. Un 40% presentaba como antecedente un infarto agudo de miocardio (IAM) y de ellos un 62,5% estaba revascularizado. Los tratamientos antianginosos domiciliarios más utilizados fueron: IECA/ARA II (66,5%), antiagregantes (60%), estatinas (45%), antidiabéticos orales (ADOS)/insulina (35%). Los antidiabéticos más utilizados fueron los ADOS (metformina, sulfonilureas, inhibidores de DPP- 4) seguidos de la terapia combinada de ADOS e insulina. Otros tratamientos utilizados fueron: betabloqueantes, nitratos, dihidropiridinas, anticoagulantes orales y antagonistas del calcio. La media de estancia hospitalaria fue de 7,6 días. Con un porcentaje de complicaciones de un 22,5%, siendo las más frecuentes la anemización con necesidad de transfusión, la insuficiencia cardiaca y el ictus isquémico. El 27,5 % de los pacientes sufrió algún evento cardiovascular al año. La mortalidad en el grupo estudiado durante el ingreso fue del 5% y al año de seguimiento 7,5%. Un 40% de los pacientes estudiados reingresaron al menos una vez durante el año de seguimiento y lo hicieron en un tiempo medio de 11,4 meses. 9 reingresaron una vez, 1 reingresó 2 veces y 1 reingresó 5 veces. Los pacientes con mayor comorbilidad, expresada mediante el índice de Charlson, presentaron mayor tasa de complicaciones, reingresos y mortalidad. Aquellos que tuvieron una estancia media más prolongada, también presentaron un índice de Charlson más elevado.

CONCLUSIONES

En nuestra área sanitaria el SCASEST tiene una mayor incidencia en el sexo masculino con una edad media de 70,4 años y los FRCV más frecuentes fueron, por orden de importancia HTA, dislipemia y DM. Destaca que más de la mitad estaba en tratamiento con antiagregantes e IECAS. La comorbilidad debe ser tenida en cuenta porque determina el pronóstico de estos pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Windecker S, Kolh P, Alfonso F. *Guía de práctica clínica de la ESC sobre revascularización miocárdica*, 2014. *Rev. española Rev Esp Cardiol.* 2015; 68:92-7 - Vol. 68 Núm.02.
2. Anderson JL, Adams CD, Antman EM, Bridges CR, Califf RM, Casey DE, et al. 2011 ACCF/AHA FocusedUpdate Incorporated Into the ACC/AHA 2007 Guidelines for the Management of Patients With Unstable Angina/Non-ST-Elevation Myocardial Infarction: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *Circulation.* 2011 10;123(18):e426-579.

EV-05 EL MANEJO DEL SCASEST SEGÚN EL ÍNDICE TIMI Y LA COMORBILIDAD: UNA APROXIMACIÓN A LA REALIDAD

J. Fernández Soto, A. Merlo Serrano, J. Ramos- Clemente Romero, E. Gutiérrez Cortizo, M. Sáenz de Tejada López, C. Magro Fernández, B. Merelo Ruiz, S. De la Rosa Riestra

Unidad Gestión Clínica Medicina Interna. Complejo Hospitalario de Huelva. Huelva

OBJETIVOS

En los pacientes con SCASEST la estratificación precoz del riesgo es importante para identificar a aquellos con riesgo alto de muerte y de eventos cardiovasculares tanto de forma inmediata como a largo plazo. El índice TIMI es una de las escalas más utilizadas para la valoración de los pacientes coronarios. Nuestro primer objetivo consiste en determinar si en estos pacientes se siguieron las indicaciones de angioplastia coronaria transluminal percutánea (ACTP) según las últimas recomendaciones de 2015 de la Guía de práctica clínica de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC). También valoramos la indicación de ACTP basándonos en la calidad de vida del paciente según el índice Charlson. El segundo objetivo consiste en determinar la incidencia de eventos cardiovasculares al año del alta.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se ha diseñado un estudio observacional retrospectivo que incluye los pacientes ingresados con diagnóstico al alta de SCASEST durante el período comprendido entre Abril y Junio de 2013 en el Complejo Hospitalario de Huelva. De cada paciente se ha calculado la puntuación TIMI y el índice de comorbilidad de Charlson. Se ha analizado si tenían indicación correcta de ACTP. También se ha recogido la incidencia de eventos cardiovasculares al año del alta.

RESULTADOS

De los 40 pacientes analizados, un 67,5% tenían una puntuación TIMI de riesgo moderado, un 27,5% presentaban índice TIMI de riesgo bajo y un 5% tenían un índice TIMI de riesgo alto. Un 62,5% de los pacientes presentaron una puntuación en el índice de Charlson >4 . Mientras que un 10% obtuvo una puntuación ≤ 2 . El 27,5% de los pacientes restantes presentaron una puntuación >2 o ≤ 4 . El índice de comorbilidad de Charlson medio fue de 4,7 puntos lo que corresponde a una supervivencia a 10 años del 30,78%. El 35% de los pacientes fueron sometidos a ACTP. En un 30% de los pacientes se siguieron las recomendaciones del índice TIMI incluidas en las Guías de la ESC, mientras que el 70% no siguieron dichas recomendaciones. Un 62,5% de los pacientes estudiados presentaban un índice de comorbilidad de Charlson >4 (máxima supervivencia estimada a los 10 años 50,33%) lo que justificaría su manejo conservador. Un 27,5 % de los pacientes presentó algún evento cardiovascular al año del alta. El máximo número de eventos cardiovasculares durante el año posterior al alta fue de 5 y el mínimo de 1.

CONCLUSIONES

El índice TIMI constituye una de las escalas más utilizadas para la evaluación del riesgo en pacientes con SCASEST. En nuestro estudio, la mayoría de los pacientes (67,5%) tenían un índice TIMI moderado. Por otro lado el índice de comorbilidad de Charlson medio tenía una supervivencia estimada a los 10 años de 30,78%. Un 70% de los pacientes no tenía la indicación correcta según el índice TIMI. Sin embargo un 89% de estos pacientes tenía un índice de comorbilidad >4 puntos, lo que justificaría el manejo conservador de los mismos. Ningún sistema de puntuación de riesgo debe reemplazar a la evaluación clínica y de las comorbilidades a la hora de decidir la estrategia de tratamiento en los pacientes coronarios.

BIBLIOGRAFÍA

1. Windecker S, Kolh P, Alfonso F. *Guía de práctica clínica de la ESC sobre revascularización miocárdica, 2014. Rev. española Rev Esp Cardiol. 2015; 68:92-7 - Vol. 68 Núm.02*
2. Anderson JL, Adams CD, Antman EM, Bridges CR, Califf RM, Casey DE, et al. *2011 ACCF/AHA Focused Update Incorporated Into the ACC/AHA 2007 Guidelines for the Management of Patients With Unstable Angina/Non-ST-Elevation Myocardial Infarction: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. Circulation. 2011 10;123(18):e426-579.*

EV-06 NUESTRA EXPERIENCIA EN PACIENTES CON DISECCIÓN CORONARIA ESPONTÁNEA

C. Magro Fernández⁽¹⁾, E. Gutiérrez Cortizo⁽¹⁾, I. Ortiz Mera⁽²⁾,
M. Sáenz De Tejada López⁽¹⁾, S. Camacho Freire⁽³⁾, M. Romero Jiménez⁽¹⁾,
F. Caballero Granado⁽¹⁾, E. Márquez Flores⁽²⁾

⁽¹⁾Servicio de Medicina Interna, ⁽²⁾Servicio de Medicina Intensiva, ⁽³⁾Servicio de Cardiología. Complejo Hospitalario de Huelva. Huelva

OBJETIVOS

Analizar las características epidemiológicas, diagnósticas y manejo de los casos de disección coronaria espontánea (DCE) hospitalizados en nuestro centro desde marzo hasta octubre del 2014 al tratarse de una entidad inusual.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional descriptivo, del tipo transversal, en el que se incluyeron los pacientes diagnosticados con DCE en nuestro hospital. Se analizaron variables como la edad, factores de riesgo cardiovascular, alteraciones en electrocardiograma (ECG), movilización de fermentos cardíacos, hallazgos angiográficos y manejo terapéutico.

RESULTADOS

Los resultados del estudio (tabla 1) fueron superponibles a las series publicadas hasta el momento.

CONCLUSIONES

La DCE debe considerarse especialmente en los casos de mujeres jóvenes que cursen con SCA sin factores de riesgo asociados. La incidencia está subestimada debido en primer lugar a que un número importante de casos se presentan como muerte súbita, en otras ocasiones se produce en mujeres jóvenes diagnosticándose erróneamente de dolor de causa no cardíaca y en último lugar a la dificultad de reconocerla en la angiografía. Un diagnóstico temprano con una coronariografía precoz nos determinará la actitud terapéutica a seguir. Son de gran interés las nuevas estrategias diagnósticas como el IVUS (ultrasonido intravascular) y TAC multicorte, también válidas en el seguimiento. El tratamiento debe ser individualizado en base a la clínica, arteria afectada y número de vasos dañados, cobrando un papel importante en la actualidad los stent bioabsorbibles.

BIBLIOGRAFÍA

1. Alfonso F et al. *Spontaneous Coronary Artery Dissection. From Diagnosis to Management. Circulation Journal. 2014; 78, 2099-2110.*

Tabla 1

| | Caso A | Caso B | Caso C |
|--|---|--|--|
| Sexo / Edad (años) | Mujer / 49 | Hombre / 55 | Mujer / 41 |
| Factores de riesgo cardiovascular/ otros | - Ejercicio físico intenso previo | - Fumador - HTA | |
| antecedentes de interés | - Exfumadora (hace 6 años) | | |
| Clínica | SCA SCA | SCA | Shock cardiogénico, parada cardio-respiratoria |
| ECG | T negativas precordiales | - T negativas precordiales - Rachas de TVNS | - FV - Onda Q en cara inferior y ascenso ST precordiales |
| Enzimas cardiacas | Elevadas | Elevadas | Elevadas |
| Coronariografía: DCE | Segmento medio de ADA | Segmento distal de ADA | Segmento medio de ADA |
| Tratamiento | - Farmacológico. - Stent bioabsorbible. | - Farmacológico. - Stent liberador. | - Farmacológico. - Stent liberador. - Balón Contrapulsación intraaórtica. |

Gestión

G-01 ATENCIÓN A PACIENTES CRÓNICOS EN LA COMARCA DEL ALJARAFE. PROGRAMA COMPARTE. ANÁLISIS COMPARATIVO ENTRE POBLACIONES

J. Magallanes Gamboa⁽¹⁾, S. Delgado Romero⁽²⁾, C. González Becerra⁽²⁾, C. Escorial Moya⁽²⁾, A. Fernández Moyano⁽²⁾, I. Vallejo Maroto⁽²⁾

⁽¹⁾Servicio de Medicina Interna. Hospital Nuestra Señora del Prado. Talavera de la Reina (Toledo)

⁽²⁾Servicio de Medicina. Hospita San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos (Sevilla)

OBJETIVOS

Nuestro Hospital-Distrito Sanitario dispone desde el año 2009, de un programa de Atención asistencial a la cronicidad mediante un modelo de atención longitudinal entre distintos niveles, distintos profesionales sanitarios y distintas especialidades. Dicho formato pretende dar respuesta a la atención sanitaria de la población de pacientes crónicos de la comarca del Aljarafe. Una de las estrategias que defiende nuestro procedimiento es impulsar la continuidad asistencial interniveles mediante la atención reglada del paciente tras un alta hospitalaria por un proceso de reagudización. Dicha atención tiene como líneas argumentales la visita conjunta (médico de familia / enfermera de familia) en el domicilio en 48-72 horas hábiles tras el alta, que incluye, entre otras, la revisión del tratamiento farmacológico del paciente. La comarca del Aljarafe tiene actualmente censados aproximadamente 280.000 habitantes. 9 Zonas Básicas de Salud (ZBS) dependen en su atención sanitaria de nuestro Hospital. El objetivo de nuestro trabajo fue conocer si existen diferencias en la atención de los pacientes incluidos en el programa según las diferentes ZBS, al alta hospitalaria.

MATERIAL Y MÉTODOS

Realizamos un estudio retrospectivo de los pacientes incluidos en el Programa Comparte con alguna hospitalización en el año 2014 procedentes de dos áreas geográficas diferentes: la localidad de San Juan de Aznalfarache (con 21663 habitantes censados y cercanía a nuestro centro Hospitalario, aproximadamente 10 km) y la localidad de Pilas (con 13.837 habitantes y a 33,4 km.) Estudiamos como variables, edad, sexo, motivo de inclusión en el programa, número de hospitalizaciones, días de hospitalización, mortalidad intraepisodio, inclusión en atención primaria, visita en 48-72 horas hábiles, visita conjunta y revisión del tratamiento farmacológico en el domicilio.

RESULTADOS

Recogimos un total de 93 pacientes en el periodo analizado: 57 procedentes de la localidad de San Juan (61.3%) y 36 pacientes procedentes de la localidad de Pilas (38.7%.) La edad media fue de 78,71 (DE:10.1) años, no existiendo diferencias entre localidades. La distribu-

ción por sexo fue de un 47.3% hombres y 52.7% mujeres. La media de días de hospitalización durante el 2014 fue de 10.42 días (DE:8.36.) La media de ingresos fue de 1.34 (1-5 ingresos máximo.) En relación con la inclusión de los pacientes al alta hospitalaria 66 pacientes se incluyeron en el Programa en Atención Primaria, 2 pacientes no fueron incluidos y 25 pacientes fallecieron en el episodio de hospitalización. La mayor parte de los pacientes incluidos (64.5%) cumplían criterios de Pluripatología siendo este dato similar en ambas localidades, si bien en Pilas el porcentaje de pacientes oncológicos paliativos incluidos fue superior (33.3% frente a 10.5%.) En relación con la visita en el domicilio, se realizó en 48-72 horas hábiles en un 85% de los pacientes de la localidad de San Juan, frente a un 69,2% de los pacientes de Pilas. La visita fue conjunta (médico-enfermera) en un 50% de los pacientes de la San Juan, frente a un 30,8% de los pacientes de Pilas. Se revisó el tratamiento farmacológico del paciente en un 82.5% de los pacientes de San Juan, frente a un 57.7% de los pacientes de Pilas.

CONCLUSIONES

Encontramos diferencias en la atención de los pacientes que pensamos puedan estar en relación con el distinto perfil de actividad profesional, la satisfacción de los profesionales, así como con la distancia física a nuestro centro hospitalario de una u otra localidad. Estos matices diferenciales están siendo evaluados y serán fruto de una próxima comunicación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Vallejo Maroto I. *Continuity of care in polypathological patient. Med Clin (Barc).* 2012 Jul 21;139(5):206-7.

G-02 USO DE HIERRO PARENTERAL EN LAS UNIDAD DE DÍA DE MEDICINA INTERNA

A. Sillero Herrera, J. García García, A. Rodríguez Hurtado, E. Jiménez Rodríguez, J. Gómez Rubio, J. Mira Escarti

Servicio de Medicina Interna. Hospital Nuestra Señora de Valme. Sevilla

OBJETIVOS

Conocer el impacto de la utilización del hierro parenteral en una Unidad de Día de Medicina Interna en un hospital de agudos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo en el que se incluyeron todos los pacientes ambulatorios atendidos en la Unidad de Día de Medicina Interna de un hospital de agudos en los que se utilizó el hierro parenteral carboximaltosa, entre los meses de Octubre 2014 y Febrero de 2015. Se realizó un control analítico previo al tratamiento, al mes y los 3 meses. En todos ellos, se recogió

la necesidad de transfusión sanguínea durante el seguimiento, así como los ingresos hospitalarios y la mortalidad. Estos datos fueron analizados con el programa estadístico SPSS 22.

RESULTADOS

Se incluyeron 31 pacientes durante el tiempo de seguimiento. Dieciocho (58%) de los individuos eran mujeres, con una edad mediana de 76 (73-82) años. Las principales patologías fueron la ferropenia en la insuficiencia cardíaca (29%), pérdidas digestivas sin diagnóstico de malignidad (26%), insuficiencia renal (16%) y neoplasia colon (10%). Los niveles previos a la transfusión de hierro parenteral, al mes y los 3 meses de hemoglobina fueron de 8,8 (8,1-9,2) g/dL, 11,4 (10,5-12,1) g/dL y 12,2 (10,7-13,5) g/dL, respectivamente. Los valores basales, al mes y a los 3 meses de ferritina fueron de 13 (8-32) ng/mL, 312 (155-527) ng/mL y 92 (41-332) ng/mL, respectivamente. Cinco (16%) individuos requirieron transfusión de hemoderivados durante el seguimiento. Un sujeto requirió ingreso hospitalario y un paciente falleció durante el periodo de estudio.

CONCLUSIONES

El tratamiento con hierro parenteral ha posibilitado la alternativa a la hospitalización convencional en pacientes de Medicina Interna. Los individuos con insuficiencia cardíaca o con pérdidas digestivas son los que tuvieron un mayor beneficio.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kuster M, Meli DN. *Treatment of iron deficiency with intravenous ferric carboxymaltose in general practice: a retrospective database study. J Clin Med Res. 2015;7(1):37-40.*

G-03 LAS UNIDADES DE DÍA COMO ALTERNATIVA A LA HOSPITALIZACIÓN CONVENCIONAL EN MEDICINA INTERNA

A. Rodríguez Hurtado, E. Jiménez Rodríguez, J. García García, J. Mira Escarti
Servicio de Medicina Interna. Hospital Nuestra Señora de Valme. Sevilla

OBJETIVOS

Conocer la experiencia y el impacto de una Unidad de Día de Medicina Interna en un hospital de agudos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo en el que se recoge la actividad asistencial realizada en la Unidad de Día de Medicina Interna del Hospital de Valme. Se incluyeron todos los pacientes valorados en dicha Unidad durante un año, entre los meses de Abril 2014 y Marzo de 2015. Tres grupos de pacientes eran candidatos a esta alternativa de hospitalización: 1) Individuos que precisaban tratamiento parenteral; 2) Sujetos en el área de Urgencias debidamente seleccionados

con enfermedades potencialmente graves que hubieran requerido clásicamente ingreso hospitalario pero cuya situación general permitiese una evaluación diagnóstica y tratamiento ambulatorias, y, 3) Pacientes derivados de forma precoz de la planta de hospitalización de Medicina Interna para completar el proceso diagnóstico o terapéutico ya iniciado durante el ingreso. La Unidad de Día está compuesta por un facultativo y un enfermero como recursos personales. Desde el punto de vista material, se disponía de 4 sillones para la administración de tratamiento parenteral de corta o larga duración, y una cama articulada, para la realización de curas complejas, técnicas diagnóstico-terapéuticas (como las paracentesis) o para una exploración adecuada de los pacientes. Se elaboró una base de datos específica donde se recogieron variables demográficas, procedencia y destino de los pacientes, así como los procedimientos realizados. Estos datos fueron analizados con el programa estadístico SPSS 22.

RESULTADOS

Se incluyeron 214 pacientes durante el tiempo de seguimiento. El número de pacientes incluidos fue de 66 en el primer semestre y de 148 en el segundo semestre del estudio. El tiempo mediano (Q1-Q3) desde la derivación de Urgencias a la primera cita en la Unidad fue de 4,5 (2-7) días. Cien (47%) de los individuos eran varones, con una edad mediana de 75 (66-81) años. Sin embargo, 51 (34%) tenían una edad <65 años. Setenta y ocho (37%) y 43 (20%) de los sujetos procedían de la planta de hospitalización o consultas de Medicina Interna, respectivamente. Noventa y uno (43%) pacientes fueron remitidos desde el área de Urgencias a la Unidad de Día para continuar el diagnóstico y tratamiento. Las principales patologías de los individuos fueron la anemia, la insuficiencia cardíaca, la insuficiencia renal y el síndrome constitucional, en 74 (35%), 60 (29%), 45 (21%) y en 36 (17%), respectivamente. Durante dicho periodo se realizaron 445 extracciones de sangre, se administraron 225 fármacos de corta o larga duración, 31 transfusiones de hierro parenteral o hemoderivados y se realizaron 49 flebotomías. Se procedió al alta de 198 (77%) de los sujetos en el momento de la fecha fin del estudio a 31 de Marzo de 2015. El tiempo mediano desde la primera visita hasta el alta fue de 7 (3-35) días. Los pacientes fueron remitidos al alta para seguimiento únicamente por su médico de Atención Primaria en 52 (31%) de ellos, a consultas de especialista tras el diagnóstico definitivo en 53 (31%) o a cuidados paliativos en 24 (14%). Treinta y un pacientes (18%) continuaron seguimiento en las consultas convencionales de Medicina Interna. Cuatro individuos fallecieron durante el seguimiento y 4 de ellos también requirieron ingreso hospitalario.

CONCLUSIONES

Un alto porcentaje de individuos pueden ser reubicados en las distintas alternativas de la hospitalización de las unidades de Medicina Interna, favoreciendo el alta precoz de los pacientes ingresados y evitando el ingreso de aquellos ubicados en el área de Urgencias.

La insuficiencia cardíaca es la principal patología en los pacientes manejados en la Unidad de Día. La insuficiencia renal y la anemia son factores que dificultan también el

BIBLIOGRAFÍA

1. Bosh X, Foix A, Jordan A, et al. Outpatient Quick Diagnosis Units for the evaluation of suspected severe diseases: an observational, descriptive study. *Clinics* 2011; 66: 737-741.

G-04 ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LA ADMINISTRACIÓN DE CARBOXIMALTOSA DE HIERRO EN UN HOSPITAL DE DIA MEDICO

J. López-Suárez⁽¹⁾, F. Moreno-Verdejo⁽²⁾, A. Hurtado-Ganoza⁽²⁾, M. Calero Bernal⁽²⁾, F. Ruiz-Ruiz⁽²⁾, A. Calzada-Valle⁽²⁾, J. Varela Aguilar⁽³⁾, J. López-Chozas⁽²⁾

⁽¹⁾Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

⁽²⁾Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

⁽³⁾Servicio de Medicina Interna. CIBER de Epidemiología y Salud Pública. Sevilla

OBJETIVOS

La anemia es una de las enfermedades más frecuentes en la población general y una de las principales comorbilidades en los ingresos hospitalarios en Medicina Interna. En el caso de la anemia ferropénica se recomienda la vía oral para corregir el déficit de hierro aunque son numerosas las causas de una inadecuada respuesta al hierro oral. En estos casos se recomienda la utilización de hierro intravenoso como medida terapéutica eficaz y segura. **OBJETIVO:** Analizar las características de la utilización de tratamiento con hierro intravenoso con el preparado de carboximaltosa de hierro (CMH) en un hospital de día médico en las condiciones de práctica clínica habitual.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio epidemiológico transversal, descriptivo, retrospectivo. **Ámbito:** Hospital de día médico de un hospital de tercer nivel. **Intervención:** Análisis de todas las dosis de CMH administradas en el periodo de marzo de 2010-diciembre 2013 según la base de datos del hospital de día. Recogida de información clínica de los pacientes a través de la estación clínica digital del hospital (datos demográficos, enfermedad de base, comorbilidades, parámetro analíticos). La dosis administrada en cada caso se calculó según la fórmula de Ganzoni. Los criterios de utilización de CMH fueron previamente establecidos y aprobados por la comisión de farmacia del hospital (déficit de hierro > 500 mg, corrección en < de 2 semanas, necesidad de acompañante o traslado en ambulancia, acceso venoso difícil, fragilidad clínica).

RESULTADOS

En el periodo establecido se administraron en el Hospital de Día Médico un total de 10077 dosis de hierro intravenoso correspondiendo a CMH el 12.6% de ellas. Un total de 843 pacientes (42% hombres/57% mujeres; edad media de 71 años) recibieron en total 1142 ciclos de tratamiento con CMH. El 80.7% de los pacientes recibieron un ciclo y el 13% recibieron dos. La dosis administrada fue de 1000 mg de CMH en el 79% de los pacientes. Motivo de la prescripción: enfermedad renal crónica (40%), sangrado digestivo (13%), enfermedad neoplásica (11%), cardiopatía (8%), enfermedad inflamatoria intestinal (4%), perioperatorio (4%), patología ginecológica (2%). Servicio prescriptor: nefrología (36%), medicina interna (26%), digestivo (16%), anestesia (11%), A. primaria http://congresos.shmedical.es/comunicaciones/edicion/editar.php?id_comunicacion=17524#_tab=conclusiones(5%), resto servicios (5%). No se observaron reacciones adversas graves en ningún caso.

CONCLUSIONES

La administración de CMH en el hospital de día médico es frecuente entre pacientes con procesos crónicos como la enfermedad renal crónica, hemorragias digestivas, neoplasias y cardiopatía. Representa una alternativa eficaz para una rápida restauración del déficit de hierro que podría evitar transfusiones sanguíneas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kuster M, Meli D. Treatment of iron deficiency with intravenous ferric carboxymaltose in general practice: a retrospective database study. *J Clin Med Res* 2015; 7:37-40.

G-05 CONCORDANCIA ENTRE LOS GRD ASIGNADOS POR LAS UNIDADES DE DOCUMENTACIÓN Y LO ENTENDIDO POR LOS PROFESIONALES DE MEDICINA INTERNA

A. De los Santos Moreno, E. Ruiz Blasco, I. Tinoco Racero, B. Ruiz Esteve, P. Pérez Guerrero, M. Rodríguez Leal, J. Girón González
UGC Medicina Interna. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz

OBJETIVOS

Analizar la concordancia o discordancia de los GRD más frecuentes en Medicina Interna, entre los asignados por las Unidades de Documentación en función de lo expresado en los informes de altas médicas y aquéllos que los propios profesionales de Medicina Interna entienden que deberían asignarse en base al análisis de la historia clínica completa del episodio analizado.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se revisaron un total de 241 episodios clínicos correspondientes a los 6 GRD más frecuentemente codificados en las altas de la UGC de Medicina Interna correspondientes al primer semestre de 2014: -10: neoplasias de sistema nervioso con cc -87: edema pulmonar & insuficiencia respiratoria -541: neumonía simple y otros trast. respiratorios exc. bronquitis & asma con cc mayor -544: icc & arritmia cardiaca con cc mayor -569:trast. de riñon & tracto urinario excepto insuficiencia renal con cc mayor -877:oxig. memb. extrac. o traqueostomia con vent. mec. + 96 hrs o sin diag. princ. trast. orl con proc. Tras el análisis de los informes de alta así como las evoluciones clínicas diarias de los episodios seleccionados, se asignaron un GRD principal y hasta 2 GRD secundarios a cada episodio y se compararon éstos con lo codificado por la Unidad de Documentación en base al informe de alta.

RESULTADOS

Los principales GRD codificados en el periodo estudiado fueron: 541 (n=102), 87 (n=61), 544 (n=52), 569 (n=14), 877 (n=7) y 10 (n=5). La edad media de los pacientes superaba los 75 años, excepto en los asignados a los GRD 10 y 877 que era inferior. Precisamente en estos 2 GRD existió una concordancia absoluta entre lo asignado por Documentación y lo entendido por los propios profesionales. Sin embargo, en el resto se observó una discrepancia variable para cada uno: GRD 569: n=11 (79%); GRD 87:n=10 (16%); GRD 541: n=15 (15%); GRD 544: n=3 (6%). Los casos de discordancia se asociaron a GRD con estancia media más prolongadas que los GRD asignados por Documentación.

CONCLUSIONES

1. Existe discordancia entre lo interpretado por las Unidades de Documentación y lo entendido por los profesionales de Medicina Interna, especialmente en pacientes de edad avanzada.
2. La discordancia es causa de desviación de la estancia media.
3. El informe de alta detallado es probablemente la herramienta que permite aproximar más la situación real de cada paciente con lo finalmente codificado.

BIBLIOGRAFÍA

1. Chin N, Perera P, Roberts A and Nagappan R. Review of medical discharge summaries and medical documentation in a metropolitan hospital: impact on diagnostic-related groups and Weighted Inlier Equivalent Separation. *Intern Med J* 2013;43:767-71.

G-06 ANÁLISIS DE LOS GRUPOS RELACIONADOS CON EL DIAGNÓSTICO EN LA INSUFICIENCIA CARDÍACA

J. Osuna Sánchez⁽¹⁾, L. Pérez Belmonte⁽²⁾, F. Del Alcázar Ortega⁽¹⁾,
P. García Cabrera⁽¹⁾, J. Molina Campos⁽¹⁾, J. Pérez Díaz⁽¹⁾, M. Guil García⁽¹⁾,
C. San Román De Terán⁽¹⁾

⁽¹⁾Servicio de Medicina Interna. Hospital Comarcal de La Axarquía. Hospital Comarcal de la Axarquía. Vélez-Málaga (Málaga)

⁽²⁾Unidad de Gestión Clínica del Corazón. Hospital Universitario. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria. Málaga (Málaga)

OBJETIVOS

Describir y analizar el peso del Grupo Relacionado con el Diagnóstico (GRD) de pacientes ingresados por insuficiencia cardíaca como diagnóstico principal en su forma inicial recogida en el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) y compararlos tras ser corregidos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se ha realizado un estudio descriptivo y transversal, analizado los ingresos producidos por insuficiencia cardíaca en el Servicio de Medicina Interna y Especialidades Asociadas del Hospital Comarcal de La Axarquía durante 2010, utilizando como fuente el CMBD de dicho año y la codificación de la Clasificación Internacional de Enfermedades 9ª Modificación Clínica (CIE-9). Se evaluaron los GRD, su peso y las principales características sociodemográficas, clínicas y de gestión. Las variables cuantitativas se expresaron como medias y desviaciones típicas, y las cualitativas mediante valores absolutos y porcentajes. Las comparaciones se realizaron usando el test de Chi2 y las cuantitativas usando el test de la T de Student.

RESULTADOS

Se analizaron 141 ingresos, con una edad media de $72,2 \pm 9,6$ años, un 58,5% de varones y una estancia media de $10 \pm 5,1$ días. Al analizar los GRD iniciales el 63,1% correspondían al 127 (Insuficiencia cardíaca y Shock; peso: 1,4222), un 20,6% al 544 (Insuficiencia cardíaca congestiva y Arritmia cardíaca con complicación mayor; peso: 3,4195) y un 16,3% a otros diagnósticos. Tras ser corregidos, la agrupación más frecuente fue el 544 que aumentó hasta el 58,9% y el 127 bajó hasta el 33,3% de forma significativa ($p < 0,01$), lo que indicaba que 57 GRD (40,4%) se mostraron como inadecuados para identificar correctamente el diagnóstico de los pacientes ingresados por insuficiencia cardíaca. De estos, el 12,3% era por fallo del Servicio de Documentación, mientras que el resto era por error en la expresión correcta del diagnóstico por parte del facultativo que firmaba el informe de alta, siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,01$). El peso de los GRD pasaron de su valor medio original de $1,9507 \pm 0,455$ a $2,9517 \pm 0,883$ ($p < 0,01$).

CONCLUSIONES

La insuficiencia cardíaca es un síndrome complejo, con una incidencia y prevalencia crecientes, originando repetidos ingresos hospitalarios, gran sobrecarga asistencial e incremento del gasto sanitario. Nuestra hipótesis inicial partía de la base de que la inadecuada clasificación de la insuficiencia cardíaca mediante los GRD estimaba a la baja su verdadera complejidad e infravaloraba su peso real, como así ha quedado demostrado en este estudio, en el que el peso medio sube alrededor de un punto de forma significativa, reflejando una puntuación más adecuada a la complejidad real de la insuficiencia cardíaca. El principal error que surgió fue la inadecuada identificación que realizaban los facultativos, algo que también se ha mostrado en otros estudios. Mediante este estudio se muestra como una inadecuada clasificación de los pacientes puede distorsionar la realidad e infraestimar la complejidad y peso de dicha patología.

BIBLIOGRAFÍA

1. Yancy CW, Jessup M, Bozkurt B, Butler J, Casey DE Jr, Drazner MH, et al. 2013 ACCF/AHA guideline for the management of heart failure: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on practice guidelines. *Circulation*. 2013;128:240-327.

G-07 ANÁLISIS DE LOS FACTORES CONTRIBUYENTES A LA DESVIACIÓN DE LA ESTANCIA MEDIA EN EL EDEMA AGUDO DE PULMÓN Y EN LA INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA ASOCIADA A ARRITMIA CARDIACA COMPLICADA

N. Caro Gómez, A. De Los Santos Moreno, E. Ruiz Blasco, I. Tinoco Racero, B. Montenegro Puche, M. Rodríguez Leal, J. Girón González
UGC Medicina Interna. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz

OBJETIVOS

- Conocer los principales Grupos Relacionados con el Diagnóstico (GRD) que generan mayor estancia media en Medicina Interna.
- Analizar los factores que pueden influir en la desviación de la estancia media en los ingresos por dichos GRD.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se obtuvieron los datos procedentes de los Sistemas de Información del Centro de los GRD más frecuentes en Medicina Interna durante el primer semestre de 2014. Se seleccionaron, como aquéllos relacionados con patologías cardíacas que más frecuentemente motivaron el ingreso, los GRD:

-87: edema pulmonar & insuficiencia respiratoria

-544: icc & arritmia cardiaca con cc mayor.

Para cada episodio clínico se revisó su historia clínica completa y se analizaron de forma independiente las siguientes variables: edad, valoración de la dependencia por la escala de Barthel, diagnóstico explícito previo enfermedad terminal (oncológica o no), deterioro cognitivo avanzado, ingreso previo en los últimos 6 meses, unidad de ingreso, número de diagnósticos graves además del que motiva el ingreso, descompensaciones de otros órganos durante el ingreso, número total de diagnósticos de patologías graves al alta y el desenlace o no al éxitus.

RESULTADOS

Se obtuvieron un total de 113 episodios, correspondientes al GRD 87 (n=61) y al GRD 544 (n=52), siendo la edad media (\pm ds) de 76 ± 11 y 82 ± 7 , respectivamente. La estancia media fue de $13,6 \pm 17,7$ para el GRD 87 y de $13,8 \pm 9,2$ para el GRD 544. En las variables antes mencionadas no se encontró diferencias significativas para ninguna de ellas en los enfermos con GRD 87, entre aquéllos con estancia inferior a la media y aquéllos con estancia superior. Para el GRD 544, la presencia de enfermedad terminal mostró diferencias significativas entre los enfermos con estancia media menor a la media 8 (35%) frente a aquéllos con estancia media superior a la media 14 (48%), no mostrando significación estadística el resto de variables para ambos grupos.

CONCLUSIONES

1. Los GRD 87 y 544 son los que proporcionan mayor estancia media en nuestra Unidad de Medicina Interna.
2. Solo la enfermedad terminal se presenta como variable independientemente asociada a un aumento de estancia media en los pacientes con insuficiencia cardiaca congestiva y arritmia con complicaciones mayores, lo que no se observa en los ingresos solo por edema pulmonar.
3. Probablemente los factores que aumentan la estancia media en estos pacientes son múltiples y no solorelacionados con las condiciones clínicas de los pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Nechita AC, Enache V, Stroi AM, Ploesteanu RL, Delcea C, Stamate CS. *Clinical, biological, echocardiographic and therapeutic determinants of the length of hospital stay of patients with acute heart failure. J Med Life* 2013;6:440-5.

Enfermedades infecciosas

I-01 ENFERMEDAD DE WHIPPLE DESDE 2001-2014 EN ÁREA HOSPITALARIA DE HUELVA

C. Díaz Pérez⁽¹⁾, A. Correia Varela Almeida⁽²⁾, R. Creagh Cerquera⁽¹⁾, F. Martínez Marcos⁽³⁾

(1)Servicio de Medicina Interna, (2)Digestivo. Complejo Hospitalario de Especialidades Juan Ramón Jiménez. Huelva

(3)Servicio de Enfermedades Infecciosas. Hospital Comarcal Infanta Elena. Huelva

OBJETIVOS

La enfermedad de Whipple (EW) es una patología sistémica poco frecuente, de etiología infecciosa, causada por un bacilo grampositivo denominado *Tropheryma whipplei*, que se acompaña de un gran abanico de manifestaciones clínicas, siendo las manifestaciones clásicas las artralgias, pérdida de peso, diarrea y dolor abdominal. Nuestro objetivo fundamental, ha sido conocer las características e incidencia de dicha patología en nuestra área hospitalaria.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se ha revisado los casos de EW del Área hospitalaria Juan Ramón Jiménez de Huelva, siendo el periodo de estudio desde octubre 2001 hasta diciembre 2014. Se ha llevado a cabo con una revisión retrospectiva de historias clínicas con el objetivo de analizar las características clínico-epidemiológicas de estos pacientes y posterior evolución de la enfermedad.

RESULTADOS

Han sido diagnosticados 9 casos de EW. Edad media 54,6 años. Distribución por sexo: 7 hombres y 2 mujeres. 4 pacientes (37,5%) habían sido diagnosticados previamente de artritis, dos de ellos seronegativas recibiendo tratamiento sin mejoría, 1 caso de inmunodeficiencia, otro de los casos presentaba insuficiencia renal crónica, VHC positivo y silicosis. El tiempo medio de diagnóstico fue de 6,61 años. En cuanto a las manifestaciones clínicas, 4 pacientes presentaron diarrea (44,44%), 2 fiebre (25%), 3 artritis/artralgias (33,33%) y en 2 casos dolor abdominal (22,22%). En 7 pacientes (77,78%) hubo pérdida de peso >5 Kg. El 100% presentaba anemia microcítica, elevación de reactantes de fase aguda (VSG, PCR) e hipoalbuminemia. En 8 casos (88,89 %) la endoscopia digestiva alta presentó punteados blanquecinos en mucosa intestinal, en 1 caso fue normal. En 8 casos (88,89 %) el resultado anatomopatológico mostró macrófagos PAS positivo en la lámina propia y en 3 (37,5%) se realizó posteriormente la técnica de reacción en cadena de polimerasa (PCR) que resultó positiva. En 1 caso (11,11%) se realizó determinación de PCR en LCR,

resultando negativa. Todos recibieron tratamiento médico con TMP-SMX durante 12 meses de media y 3 casos (37,5%) recibieron tratamiento previo con ceftriaxona parenteral. Hubo recidiva en 2 casos. Un caso que había recibido tratamiento con antiTNF presentó síndrome de reconstitución inmune.

CONCLUSIONES

La EW es una enfermedad rara pero grave que requiere un alto índice de sospecha. Nuestra serie revela un amplio abanico de perfil de pacientes, con diversos síntomas y signos, así como un tiempo prolongado hasta el diagnóstico. En nuestra serie se ha usado escasamente un tratamiento parenteral al inicio, aunque la tasa de recaídas no ha sido muy alta.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bor David, Md. *Etiologies of fever unknown of origin in adults. UpToDate, Disponible en www.Uptodate.com Revisado en Enero 2013.*
2. Apstein M; Schneider T. *Whipple's disease. UptoDate. Disponible en www.Uptodate.com.. Revisado en Enero 2013.*
3. Puéchal X. *Whipple's disease. Ann Rheum Dis 2013;72:797-803.*
4. Schwartzman S; Schwartzman, M; *Whipple's Disease. Rheum Dis Clin N Am 39 (2013) 313-321.*

I-02 NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD: ¿SEGUIMOS LAS GUÍAS CLÍNICAS?

M. Pérez Tristancho⁽¹⁾, E. Gutiérrez⁽²⁾, S. Bermejo⁽¹⁾, I. Villa⁽³⁾

⁽¹⁾ *Medicina Interna, (3)Unidad Cuidados Intensivos. Hospital Costa de la Luz. (Huelva)*

⁽²⁾ *Medicina Interna. Hospital Comarcal Infanta Elena. Huelva*

OBJETIVOS

En España la Neumonía adquirida en la comunidad (NAC) es una enfermedad frecuente con una incidencia 1,6-1,8 episodios/1.000 habitantes/año con unas tasas de hospitalización del (22-61%). La NAC es la causa infecciosa más frecuente de defunción, con una tasa global del 14 %. Nuestro objetivo es determinar la adecuación de las pruebas complementarias en pacientes con NAC ingresados en la planta de Medicina Interna, con respecto a las guías de actuación clínica actuales.

MATERIAL Y MÉTODOS

-Ámbito del estudio y Diseño: Estudio descriptivo mediante revisión retrospectiva de las historias clínicas de los pacientes ingresados por NAC durante el año 2015 en el Hospital Costa de la Luz (centro privado). Se analizaron variables epidemiológicas, clínicas, analíticas y radiológicas según nos recomiendan las guías clínicas. -Según las guías

clínicas los estudios microbiológicos que deben realizarse en los pacientes con NAC depende de los diversos niveles de riesgo de mortalidad para ello se utilizan las escalas pronósticas como son la PSI (Pneumonia Severity Index) o escala de Fine, y el CURB-65 que condicionarán el ingreso o no del paciente. La escala FINE estratifica a los enfermos de NAC en 5 grupos y los agrupa en las clases I y II, con una mortalidad muy baja que pueden ser tratados de forma ambulatoria, clase III-IV-V requieren hospitalización. Según la escala CURB-65 los clasifica en tres grupos, I con puntuación 0 y 1 que tienen una mortalidad baja que justifica tratamiento domiciliario, mientras que el resto de grupos debe considerarse ingreso hospitalario. Así pues, no se considera necesario solicitar estudios microbiológicos en pacientes que pueden ser tratados de forma ambulatoria. Por el contrario, en los pacientes ingresados se recomienda realizar hemocultivos previos al inicio del tratamiento antibiótico, determinación de antígenos urinarios de neumococo y Legionella y cultivo de esputo, añadiendo muestras de aspirado traqueal, fibrobroncoscopia, así como estudio de líquido pleural ante la presencia de derrame.

RESULTADOS

Desde Enero hasta Abril de 2015 se ingresaron desde del Servicio de Urgencias a la planta de Medicina Interna a 15 pacientes con NAC, se solicitó analítica y radiografía de tórax a todos los pacientes. Se realizó gasometría arterial al 60% de los pacientes. En lo referente a las pruebas microbiológicas se realizaron antígeno de Legionella y neumococo al 66,7%, cultivo de esputo al 50% y hemocultivos sólo al 23,3% de los pacientes. En tres pacientes se le solicitó serología de atípicas siendo el resultado negativo en todas. El rendimiento de las pruebas microbiológicas fue negativo en antígeno de Legionella y neumoco así como en los hemocultivos y cultivos de esputo realizados.

CONCLUSIONES

La petición de pruebas microbiológicas en los pacientes ingresados en nuestro centro es inferior a lo recomendado en las guías clínicas. Es necesario elaborar e implantar un protocolo de manejo desde el Servicio de Urgencias de la NAC dirigido a disminuir la variabilidad en la práctica clínica, la infrautilización de medios diagnósticos y ayuda a la toma de decisiones como área de mejora así como alcanzar el diagnóstico etiológico

BIBLIOGRAFÍA

1. José Blanquera, y Francisco Sanz. *Neumonía adquirida en la comunidad*. Arch Bronconeumol. 2010;46(Supl7):26-30.
2. Mandell LA, Wunderink RG, Anzueto A, Bartlett JG, Campbell GD, Dean NC, et al. *Infectious Diseases Society of America/American Thoracic Society consensus guidelines on the management of community-acquired pneumonia in adults*. Clin Infect Dis. 2007;44:S27-72.
3. Richard R. Watkins, MD. Tracy L. Lemonovich, MD. *Diagnosis and Management of Community-Acquired Pneumonia in Adults*. Am Fam Physician. 2011;83(11):1299-1306

I-04 INFECCIÓN NUEMOCÓCICA EN UN HOSPITAL DE PRIMER NIVEL

M. Romero Ferreira⁽¹⁾, M. Ruiz González⁽¹⁾, J. Gutiérrez Zafra⁽¹⁾,
M. Gómez Olmedo⁽²⁾, J. Sampedro Villasán⁽¹⁾

⁽¹⁾ Medicina Interna, ⁽²⁾ Medicina Preventiva. Hospital Comarcal San Agustín.
Linares (Jaén)

OBJETIVOS

La enfermedad neumocócica constituye una de las principales causas de muerte siendo la mortalidad de la infección por este germen, superior a la de cualquier otra infección bacteriana prevenible con la vacunación (28% en la neumonía grave y 50% en la neumonía bacteriémica). La población infantil y las personas mayores de 60 años presentan mayor susceptibilidad. *S. pneumoniae*, es el germen que con más frecuencia se asocia al síndrome neumónico tanto en la neumonía adquirida en la comunidad, como en la nosocomial incluyendo la relacionada con los cuidados sanitarios. El objetivo de nuestro estudio es conocer las características de los pacientes que presentan esta infección, evaluar la aplicación de los test diagnósticos y saber el grado de resistencia a antimicrobianos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional, retrospectivo de las infecciones producidas por *S. pneumoniae* en los pacientes ingresados en nuestro Hospital durante 6 meses(Noviembre 2014-Abril de 2015). Los criterios de selección son la positividad de las pruebas microbiológicas a *S.pneumoniae* durante dicho periodo. Las variables analizadas son: datos demográficos del paciente, existencia de comorbilidades, días de estancia hospitalaria, procedencia del paciente, tipo de infección, ingresos y antibioterapia en los últimos 3 meses, estudio microbiológico, escala pronostica (FINE y CURB-65), antibioterapia, duración del tratamiento y mortalidad.

RESULTADOS

El número total de casos:29. Edad media:74.1 años.Predominio en mujeres (55.2% vs 44.8%). Morbilidades: broncopatía crónica era la patología más prevalente estando presente en el 44.8% (de estos destacan EPOC 46.1%, asma bronquial 15.3%, bronquiectasias 15.3%, neumatía intersticial 15.3%).De ellos el 30.7% tenían O2 domiciliario.Otras morbilidades: HTA (44.8%), diabetes (24.1%),inmunodepresión en el 24.1% (71.4% neoplasias, 14.3% conectivopatías y 14.3%esplenectomizados) ,enfermedad neurodegenerativa (20.5%). El 17.2% eran pacientes institucionalizados y el 13.7% presentaban trastorno deglutorio. El 34.4% tenían antecedente de infección respiratoria en el mes previo;todos iniciaron antibioterapia empírica (80% quinolonas, 20% betalactámicos). Hasta un 27.5% estuvieron ingresados en los últimos 3 meses. Tomaban corticoides al inicio un 20.6%de los pacientes. La neumonía nuemococica fue la responsable del 93.1% de los ingresos,seguida de la infección meníngea (6.9%).El 20.6% de los pacientes presentaron bacteriemia.

La antigenuria fue positiva en el 72.4% de los casos; se produjo el aislamiento de *S. pneumoniae* en hemocultivos (27.5%) ,en muestras respiratorias(10%). El 53.9%, de las cepas aisladas eran resistentes a antimicrobianos(más casos de resistencia a macrólidos que a betalactámicos). El patrón radiológico mas frecuentes fue la afectación de más de un lóbulo pulmona(41.2%). El 89.6% de los pacientes presentaban criterios gasométricos de insuficiencia respiratoria.La escala pronóstica de gravedad se analizó por FINE (93% clase de riesgo IV-V) y por CURB-64 (62% bajo riesgo con puntuación de 0-2).Respecto al tratamiento se optó por terapia combinada de betalactámicos+quinolonas (48.2%), seguida de quinolonas (20.6%).La duración mayoritaria de la terapia fue 7-14 días.Estancia media:11 días. El 10.3% ingresaron en UCI.Tasa de mortalidad(17.3%)

CONCLUSIONES

En pacientes en los que no se logra el aislamiento del germen en los cultivos microbiológicos, la detección de antígeno urinario de neumococo es una prueba rápida y accesible que nos ayuda al diagnóstico(una vez iniciado la antibioterapia empírica). Nuestro estudio pone de manifiesto que la infección neumocócica es invasiva en un elevado porcentaje de casos, produciendo elevada mortalidad. Demostramos que solo existe correspondencia entre las escalas pronósticas en el caso de pacientes con elevada gravedad y que fallecen. En nuestra área existe una alta tasa de resistencias antibacteriana asociada a los tratamientos empíricos que intervienen en la selección de patógenos. Como proposiciones para su control, debemos de insistir en la vacunación antineumocócica para disminuir la transmisión, el uso prudente y racional de antibióticos evitando tratar situaciones de colonización.

BIBLIOGRAFÍA

1. Richard G, Grant W. Community Acquired Pneumonia. *N Engl J Med.* 2014; 370;543-551.

I-05 EVALUACIÓN DEL ENSAYO SOBRE LA PCR ANIDADA BASADO EN LA AMPLIFICACIÓN DEL GEN QUE CODIFICA LA SÍNTESIS DE LA ENZIMA SUPERÓXIDO DISMUTASA (SOD) DE PNEUMOCYSTIS JIROVECI Y DESCRIPCIÓN DE LOS GENOTIPOS PRESENTES EN NUESTRA ÁREA

A. Calzada-Valle⁽¹⁾, V. Friaza⁽²⁾, F. Moreno-Verdejo⁽¹⁾, E. Pereira-Díaz⁽¹⁾, J. Martín-Juan⁽³⁾, F. Ruiz-Ruiz⁽¹⁾, R. Morilla De la Osa⁽²⁾, C. De la Horra⁽²⁾

⁽¹⁾Servicio de Medicina Interna, ⁽²⁾CIBERESP, ⁽³⁾Servicio de Fibrobroncoscopia.

Complejo Hospitalario Virgen del Rocío. Sevilla

OBJETIVOS

Pneumocystis jirovecii es una de las causas principales de infección oportunista en los pacientes inmunocomprometidos. Algunos estudios sugieren que determinados

polimorfismos en algunos genes como el que codifica la enzima superóxido dismutasa (SOD) podrían asociarse a diferente evolución clínica de la neumonía causada por *Pneumocystis* (PcP) y podrían tener utilidad como marcadores pronósticos. Sin embargo a menudo este locus no puede amplificarse satisfactoriamente a partir de muestras clínicas. Nuestro objetivo fue desarrollar y probar un ensayo mediante PCR anidada que se dirige hacia el gen de la sod de *Pneumocystis* y a caracterizar sus SNPs en relación con los genotipos de otros dos loci: mtLSU rRNA (gen mitocondrial) y el gen de la dihidropteroato sintasa (DHPS).

MATERIAL Y MÉTODOS

Se analizaron muestras de lavado broncoalveolar (BAL) de 30 pacientes con PcP, de 30 sujetos colonizados por *Pneumocystis* y de 20 personas sin infección ni colonización. La amplificación de los genes mitocondrial y DHPS se determinaron mediante PCR anidada y los genotipos se determinaron mediante secuenciación directa. Para amplificar el gen DHPS se utilizó una PCR touchdown. La presencia de mutaciones en el gen DHPS se estudió mediante detección de polimorfismos de ADN con enzimas de restricción (RFLP).

RESULTADOS

La sensibilidad y especificidad de la PCR anidada dirigida hacia el gen de la SOD fueron de un 80% (60.2%-88.6%) y de un 100% (83.9%-100%) con un Intervalo de Confianza del 95% en pacientes con PcP y de un 10% (3.5% -25.6%) y un 100% (83.9%-100%) en sujetos colonizados. El análisis secuencial del gen de la SOD reveló la presencia de dos genotipos en esta población. El genotipo SOD1, que ha sido asociado a una menor virulencia de *P. jirovecii*, fue el más frecuente y el único identificado en sujetos colonizados.

CONCLUSIONES

La sensibilidad del ensayo de la PCR anidada dirigida hacia el gen SOD del *Pneumocystis* no es suficiente para la detección fiable en la práctica clínica pero podría usarse en estudios epidemiológicos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Esteves F, Gaspar J, de Sousa B, Antunes F, Mansinho K, Matos O. *Pneumocystis jirovecii* multilocus genotyping in pooled DNA samples: a new approach for clinical and epidemiological studies. *Clin Microbiol Infect.* 2012 Jun;18(6):E177-84.

I-07 RENDIMIENTO DEL CULTIVO BACTERIANO DE PUNCIÓNES LUMBARES REALIZADAS EN ADULTOS POR SOSPECHA DE MENINGITIS, EN UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO

E. López Herrero⁽¹⁾, E. Maldonado Pérez⁽¹⁾, C. Leyva Prado⁽²⁾, F. Díaz Benítez⁽¹⁾, M. Castillo Paredes⁽¹⁾, M. García Delgado⁽¹⁾, I. Ballesteros Chaves⁽¹⁾, J. Santos Martín⁽¹⁾

⁽¹⁾ Urgencias, ⁽²⁾ Medicina Interna. Complejo Hospitalario de Huelva. Huelva

OBJETIVOS

Determinar el rendimiento de los cultivos bacterianos de líquido cefalorraquídeo, realizados en pacientes adultos en un servicio de urgencias hospitalario, por sospecha de meningitis.

MATERIAL Y MÉTODOS

-Estudio observacional retrospectivo transversal, del rendimiento diagnóstico de los cultivos bacterianos de los líquidos cefalorraquídeos extraídos en un servicio de urgencias hospitalario durante el año 2012, por sospecha de posible meningitis aguda.

-Ámbito del estudio: hospital de 2º nivel, que atendió en el periodo de estudio, 111.503 episodios de demanda de atención urgente.

RESULTADOS

- Fueron realizadas 91 punciones lumbares por sospecha clínica de posible meningitis aguda en adultos.
- 27 muestras de líquido cefalorraquídeo (29,6%), presentaban 9 leucocitos o más por mm³.
- Sólo 2 muestras de líquido cefalorraquídeo tuvieron cultivos bacterianos positivos:
 - 2,1% de las muestras extraídas.
 - 7,4% de los líquidos con recuento celular ≥ 9 células x mm³.
- En los 2 casos con cultivo positivo se aisló *Streptococcus Pneumoniae*, y existía un foco otógeno.

En los dos casos con cultivo positivo para *Streptococcus Pneumoniae*, el recuento de leucocitos en líquido cefalorraquídeo fue elevado, con 33.000 leucocitos x mm³, y 3.736 leucocitos x mm³, respectivamente.

-Ningún caso con menos leucocitos en LCR x mm³, que las cifras mencionadas tuvo cultivo bacteriano positivo.

CONCLUSIONES

-El rendimiento del cultivo bacteriano de las muestras extraídas por sospecha de meningitis aguda, fue bajo, con un resultado de cultivo positivo en el 2,1% de las muestras extraídas, y del 7,4% en los líquidos cefalorraquídeos con recuento celular ≥ 9 , en relación a lo publicado por Mòdol et al (1), cuyo rendimiento global de cultivos bacterianos positivos en

un servicio de urgencias hospitalario fue del 7,5% en el conjunto de pacientes a los que se realizó punción lumbar por sospecha clínica de infección del sistema nervioso central, y del 26% en el conjunto de pacientes con líquido cefalorraquídeo con características bioquímicas sugestivas de infección del SNC.

-El rendimiento del cultivo bacteriano de nuestra muestra de pacientes para aislamiento de streptococcus pneumoniae en el conjunto de pacientes con líquido cefalorraquídeo con características bioquímicas sugestivas de infección del SNC, fue del 7,4%, lo que es similar al porcentaje del calculable en el estudio de Mòdol et al (1), con un porcentaje de aislamiento de streptococcus pneumoniae del 7,1%.

-Cifras elevadas de recuento de leucocitos en líquido cefalorraquídeo, pudieran ser un buen predictor de un posible cultivo positivo para streptococcus pneumoniae.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mòdol JM, Tudela P, Veny A, Sahuquillo JC, Tor J, Giménez M. Indicaciones y rendimiento diagnóstico de la punción lumbar en urgencias. *Med Clin (Barc)*. 2002;118(01):10–2.

I-08 ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LOS CASOS DE NEUMONÍA Y SU TRATAMIENTO EN UN HOSPITAL COMARCAL

J. Molina Campos, J. Osuna Sánchez, I. Ubiria Zanotti, F. Rodríguez Díaz, V. Herrero García, M. Platero Sánchez-Escribano, M. Navarrete de Gálvez, C. San Román y de Terán

Medicina Interna. Hospital Comarcal de la Axarquía. Vélez-Málaga (Málaga)

OBJETIVOS

Realizar un estudio descriptivo retrospectivo de los casos de neumonías analizando sus características demográficas (edad, sexo, género), parámetros clínico/analíticos (hemocultivos, serologías, gasometría/oximetría, antigenuria para neumococo y legionella) así como las indicaciones más frecuentes de antibióticos durante el ingreso y al alta.

MATERIAL Y MÉTODOS

Análisis descriptivo transversal de los pacientes con diagnóstico de neumonía ingresados en nuestro servicio durante los 3 primeros meses de los años de 2013 y 2014. Se revisaron los informes de alta de los pacientes ingresados y se analizaron los datos demográficos incluyendo la edad y la distribución por género, otros como la toma o no de hemocultivos, la petición o no de serologías, la medición de gases sanguíneos/oximetría, los antibióticos indicados en el ingreso y al alta del paciente así como la estancia media. Para el análisis se utilizó el paquete estadístico SPSS v.22, realizándose las correspondientes tablas de frecuencia.

RESULTADOS

Se incluyeron un total de 81 pacientes, con una edad de $72,63 \pm 15,22$ años (Rango: 22-95) (Mediana 76 años) y de los que el 44,6% eran varones. La estancia media se situó en $8,53 \pm 5,59$ días. Se solicitaron hemocultivos en un 25,3%, determinación de gases/oximetría en un 61,4%, antigenuria para legionella y neumococo en un 62,7% y petición de serologías en un 7,2% de los pacientes. Durante el ingreso los antibióticos más frecuentemente utilizados fueron ceftriaxona + levofloxacino (14,5%) levofloxacino (13,3%), ceftriaxona + claritromicina (6%), amoxicilina-clavulánico (3,6%), vancomicina + claritromicina (2,4%), otros (12%), no consta (44,6%), ninguno (1,2%). Mientras que al alta los antibióticos más frecuentemente prescritos fueron levofloxacino (27,7%), ninguno (20,5%), amoxicilina-clavulánico (8,4%), cefalosporina oral (6%), cefalosporina oral + claritromicina (6%), moxifloxacino (3,6%), claritromicina (6%), otros (14%).

CONCLUSIONES

Es necesario tener en cuenta las indicaciones de antibioterapia empírica con el fin de llevar a cabo un uso racional de la antibioterapia hospitalaria. La práctica de hemocultivos en las neumonías esta infrautilizada y no sólo permite el diagnóstico definitivo, sino también el estudio de sensibilidades in vitro con el fin de poder realizar un tratamiento dirigido y un mejor uso de los antibióticos. En los informes de alta es importante plasmar en tipo de antibiótico utilizado durante el ingreso, ya que hasta en un 44,6% de los casos no se hizo mención alguna y esto puede condicionar actuaciones clínico-terapéuticas futuras.

BIBLIOGRAFÍA

1. Menéndez R, Torres A, Aspa J, Capelastegui A, Prat C, Rodríguez-Castro F. Normativa SEPAR-Número 37. Arch Bronconeumol 2010; 46(10):543-558.
2. Giannella M, Pinilla B, Capdevila JA, Martínez Alarcón J, Muñoz P, López Álvarez J, Bouza E; Estudio de Neumonía en Medicina Interna study Group from the Sociedad Española de Medicina Interna. Pneumonia treated in the internal medicine department: focus on healthcare-associated pneumonia. Clin Microbiol Infect. 2012 Aug; 18(8): 786-94.
3. Bouza E, Giannella M, Pinilla B, Pujol R, Capdevila JA, Muñoz P. The management of pneumonia in internal medicine. Rev Clin Esp. 2013.

I-09 BROTE DE ASPERGILLOSIS EN LA UNIDAD DE TRASPLANTE CARDIACO DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN

A. Hidalgo Jiménez⁽¹⁾, M. De Sousa Baena⁽¹⁾, M. Machado Vílchez⁽¹⁾, M. Valerio⁽²⁾, P. Muñoz⁽²⁾, E. Bouza⁽²⁾

⁽¹⁾ Medicina Interna. Complejo Hospitalario de Huelva. Huelva

⁽²⁾ Microbiología y Enfermedades Infecciosas. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid

OBJETIVOS

El objetivo del presente estudio es describir las características y manejo de un brote de aspergilosis invasora en una unidad de trasplante cardiaco relacionadas con el aumento de colonias de *A.fumigatus* en el aire ambiental.

MATERIAL Y MÉTODOS

Descripción de un brote nosocomial. Se incluyeron todos los pacientes adultos trasplantados cardiacos ingresados en la unidad de trasplante cardiaco y en la unidad de cuidados intensivos postoperatorios (UCP) del Hospital Gregorio Marañón de Madrid en el momento del estudio. (Noviembre 2014).

RESULTADOS

El caso índice de aspergilosis se detectó el día 17 de Noviembre de 2014, la alerta inicial fue la aparición de nódulos pulmonares en una radiografía de tórax de control del paciente. Se realizó un TAC pulmonar y un BAL del paciente en las primeras 48 horas tras la detección de los nódulos, los cuales aportaron la evidencia diagnóstica de que se trataba de una Aspergilosis invasiva probada por *A.fumigatus*. Se inició tratamiento empírico con Voriconazol i.v. Al conocer los resultados se tomaron muestras de aire ambiental de las habitaciones de la planta de cardiología y de la unidad de cuidados intensivos postoperatorios (UCP), evidenciando que los niveles de UFC era altos según lo establecido (hasta 100 U/mm³). Se identificaron 5 pacientes trasplantados cardiacos ingresados que habían estado expuestos a este aire ambiental, a todos estos se le realizó radiografía de tórax y Galactomanano en suero así como cultivo de esputo para hongos. A 3 pacientes se les realizó profilaxis con micafungina a dosis de 100 mg al día iv durante 21 días. A otros 2 pacientes se les pudo dar de alta a domicilio para evitar mayor exposición al aire ambiental y se les inició posaconazol 800 mg al día durante 21 días. En estos dos casos fue necesario el ajuste de dosis de tacrolimus pero no se registraron eventos adversos relacionados con la medicación. Tras 6 meses de seguimiento no se ha registrado ningún otro caso de aspergilosis invasora en esta población. Para el manejo del brote se implementaron otras medidas como control del aire ambiental, limpieza de los filtros y se tomaron muestras ambientales periódicas hasta el control de la situación. El caso índice recibió 6 semanas de tratamiento con voriconazol, primero iv y tras el alta hospitalaria via oral. El paciente presentó datos de neurotoxicidad por voriconazol (mareo, inestabilidad durante la marcha y fosfenos) durante los primeros días. Tras ajustar la dosis de, desaparecieron los síntomas. La evolución clínica fue favorable sin recurrencias durante los 6 meses de seguimiento

CONCLUSIONES

1. Es posible controlar de aspergilosis invasora con medidas de control ambiental dirigidas a mejorar la calidad del aire.

2. La identificación precoz de los pacientes en riesgo y el oportuno inicio de profilaxis dirigida es eficaz y seguro para evitar más casos
3. Sin embargo hay que tener cuidado especial con las interacciones de los antifúngicos con el resto de medicación concomitante.

BIBLIOGRAFÍA

1. P. Muñoz, M. Valerio, J. Palomo, M. Giannella, J.F. Yañez, M. Desco and E. Bouza Targeted Antifungal Prophylaxis in Heart Transplant Recipients. *Transplantation*. 2013 Oct 15;96(7):664-9.

I-11 SÍNDROME HEMOFAGOCÍTICO: A PROPÓSITO DE 10 CASOS EN EL COMPLEJO UNIVERSITARIO DE HUELVA

C. Díaz Pérez, C. Espejo Fernández, M. Machado Vílchez, R. Creagh Cerquera, J. García Moreno

Medicina Interna. Complejo Hospitalario de Especialidades Juan Ramón Jiménez. Huelva

OBJETIVOS

La linfocitosis hemofagocítica (LHH) es un proceso grave, con alta mortalidad si no se diagnostica y trata adecuadamente. Se caracteriza por cuadro febril de causa desconocida, alteraciones analíticas (citopenias, ferritina elevada...), adenopatías, hepatosplenomegalia, presencia de hemofagocitosis en médula y a otros niveles. Si se inicia de forma precoz el tratamiento estandarizado, se ha observado una reducción significativa de la mortalidad. Son escasos los casos comunicados en nuestro país por lo que nos ha parecido de interés, describir las características tanto clínicas como epidemiológicas de los diez casos diagnosticados en el complejo hospitalario de nuestra región.

MATERIAL Y MÉTODOS

Revisamos retrospectivamente las historias clínicas de 10 pacientes diagnosticados de LHH en nuestro complejo hospitalario en los últimos, para ello hemos accedido a las historias en soporte digital, diseñando protocolo dirigido para la recogida de datos tanto clínicos como epidemiológicos.

RESULTADOS

Se han diagnosticado 10 casos, (8/10 varones), con edad media de 51.8 años. En cuanto a la etiología, tres casos tenían serología positiva para VIH (2 Kaposi con serología VH8 +, otro LH con VEB positiva), un caso con antecedentes de LES y SAF. En tres casos no se llegó a concluir etiología, teniendo dos de ellos antecedentes de neoplasia, y en otro caso antecedentes previo de enfermedad desmielinizante y uso de inmunoglobulinas. En todos

los casos se evidenció fiebre elevada, con esplenomegalia en seis casos, y presencia de citopenias en todos los casos, así como elevación de ferritina. En seis de los diez casos se determinó el valores de sCD25, estando elevado. Todos los casos tenían más de cinco criterios diagnósticos, con presencia de hemofacitosis positiva en médula ósea en ocho casos, negativa en un caso y no se realizó en otro caso. En cuanto al tratamiento 9/10 recibieron corticoides 5/10 ciclosporina, 7/10 etopósido 3/10 inmunoglobulinas, y triple terapia (CC, CSC, Etopósido) 4/10. En 6/10 hubo curación/remisión/mejoría, recaída 1/10 y 3/10 exitus.

CONCLUSIONES

La LHH aunque poco frecuente, requiere alto nivel de sospecha clínica para instaurar precozmente el tratamiento, son poco los casos descritos en la literatura, por lo que nos ha parecido de interés analizar los diez casos diagnosticados en nuestro complejo hospitalario.

Tabla 1. Métodos y resultados

| | CASO 1 | | | |
|----------------|--------|--|--|--|
| EDAD/SEXO | | | | |
| ETIOLOGÍA | | | | |
| FIEBRE | | | | |
| ESPLENOMEGALIA | | | | |
| HEMOGLOBINA | | | | |

I-12 ADECUACIÓN DE LOS INGRESOS HOSPITALARIOS SEGÚN LAS ESCALAS CURB-65/FINE DE LOS PACIENTES CON NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD

M. Pérez Tristancho⁽¹⁾, S. Bermejo⁽¹⁾, E. Gutiérrez Cortizo⁽²⁾, M. Raffo⁽²⁾

⁽¹⁾Servicio de Medicina Interna. Hospital Costa de la Luz. Huelva (Huelva)

⁽²⁾Servicio de Medicina Interna. Hospital Comarcal Infanta Elena. Huelva (Huelva)

OBJETIVOS

La Neumonía adquirida en la comunidad (NAC) es una infección con elevada mortalidad que puede oscilar entre 1- 5% en pacientes ambulatorios al 5,7-14% en pacientes hospitalizados. La evaluación de la gravedad es clave para ello se han desarrollado escalas como Pneumonia Severity Index (PSI) o FINE y el CURB-65. Nuestro objetivo es determinar la adecuación del ingreso desde el Servicio de Urgencias según las escalas CURB-65/ FINE.

MATERIAL Y MÉTODOS

-Ámbito del estudio y diseño: Hospital Costa de La Luz mediante estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes diagnosticados de NAC durante el año 2015. -La escala CURB-65(confusión, urea > 7 mm/l, frecuencia respiratoria ≥ 30 ,presión arterial diastólica ≤ 60 mmHg o sistólica < 90 mmHg y edad > 65 años) e identifica 3 grupos:1(escala 0-1) de bajo riesgo y candidatos a tratamiento domiciliario,grupo 2 (escala 2) riesgo intermedio y grupo 3(escala >2) susceptibles de ingreso. La escala FINE se basa en 20 variables estratificando a los pacientes en cinco grupos: clases I, II y III(bajo riesgo) candidatos a ser tratados de forma ambulatoria y clases IV y V(alto riesgo)y deberían ser ingresados.

RESULTADOS

En 2015 se ingresaron 15 pacientes con NAC,eran hombres(53,3%).La clasificación según escala FINE/CURB-65,estancia media, edad media y mortalidad pueden observarse en la tabla 1.

CONCLUSIONES

En nuestro hospital el 26,7% de los pacientes presentan 0-1 factor(bajo riesgo) según CURB-65,candidatos a ser tratados de forma ambulatoria,si comparamos con la escala FINE se observa que el 40% de los pacientes pertenecen a los grupos de bajo riesgo I, II y III,por tanto existen pacientes ingresados con una puntuación inferior a la estimada para recibir tratamiento hospitalario. Los índices de predicción de gravedad de la NAC son una herramienta útil para estimar la gravedad de pacientes adultos con NAC y ayuda a tomar decisiones en relación al lugar de manejo pero nunca reemplazan al juicio clínico.La escala CURB-65 es más fácil de recordar y aplicar que la escala FINE, además ésta infravalora la gravedad en sujetos jóvenes y olvidan factores sociales o circunstancias personales que por sí solos ya serían criterios de ingreso. Tabla 1: Características epidemiológicas por grupos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Delgado M, Álvarez MM, Carrascosa I, Rodríguez-Velasco M, Barrios JL, Canut A. Uso rutinario del Pneumonia Severity Index en el servicio de urgencias: efecto sobre indicadores de proceso y resultado en neumonía adquirida en la comunidad. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2012.

Tabla 1

| ESCALA | TAMAÑO | EDAD MEDIA | ESTANCIA MEDIA | MORTALIDAD |
|------------|-----------|------------|----------------|------------|
| CURB-65: 0 | 2 (13,3%) | 41 | 3 | 0 |
| 1 | 2 (13,3%) | 71,5 | 3,5 | 0 |
| 2 | 6 (40%) | 73,1 | 7,5 | 16,7% |
| 3 | 2 (13,3%) | 81 | 15,5 | 50% |
| 4 | 3 (20%) | 79,7 | 7,6 | 0 |
| FINE: I | 3 (20%) | 49,3 | 3,3 | 0 |
| II | 0 | 0 | 0 | 0 |
| III | 3 (20%) | 71,3 | 6,7 | 0 |
| IV | 7 (46,7%) | 80,3 | 9,85 | 28,6% |
| V | 2 (13,3%) | 76,5 | 10,8 | 0 |

I-H-01 MORTALIDAD ENTRE LOS PACIENTES CON INFECCIÓN POR VIH EN EL PONIENTE ALMERIENSE. DIFERENCIAS ENTRE POBLACIÓN AUTÓCTONA E INMIGRANTE

J. Rodríguez Rodríguez, J. Cuenca Gómez, I. Pérez Camacho, A. López Lirola, E. Fernández Fuertes, J. Salas Coronas, A. Lozano Serrano
AIG de Medicina Interna. Hospital de Poniente. El Ejido (Almería)

OBJETIVOS

El uso del TAR ha supuesto un drástico descenso de la mortalidad mediante la disminución de enfermedades asociadas a SIDA. En nuestro hospital se atiende un área con elevada inmigración procedente en su mayoría de África subsahariana, por lo que las características de estos pacientes pueden ser distintas a otras poblaciones. Nuestro objetivo fue analizar las causas de mortalidad en los pacientes con infección VIH en seguimiento en nuestro centro y describir las diferencias entre inmigrantes y autóctonos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo descriptivo, con datos epidemiológicos, clínicos y analíticos de pacientes VIH fallecidos entre el 2000 y 2014.

RESULTADOS

De un total de 712 pacientes en seguimiento entre 2000-2014 (de los cuales 52,1% son inmigrantes), se recogieron 77 muertes. La mayoría eran varones (80,5%) y la edad media fue 43,4 años (IQR 37-49). El 32,5% de los fallecidos eran inmigrantes, la mayoría (80%) subsaharianos. El mecanismo de transmisión más frecuente fue UDVP (45,5%), aunque con claras diferencias entre autóctonos (65,4% UDVP) e inmigrantes (40% heterosexual, 4% UDVP). Entre los autóctonos, era más frecuente el consumo de tabaco, 61,5% (vs 16% en inmigrantes) y de alcohol, 48,1% (vs 24% en inmigrantes). El 22,2% de los casos se produjeron en pacientes con diagnóstico de infección VIH el mismo año del fallecimiento (de éstos, el 71,4% eran inmigrantes). La situación inmunológica era mala: un 70,6% de fallecidos tenían <200 CD4 en el momento del diagnóstico del VIH; en el momento del éxitis, la mediana de CD4 era de 100 cel/mm³ (IQR 23-310). No hubo diferencias en la situación inmunológica entre inmigrantes y autóctonos. En cuanto al TAR, 48 pacientes (62,3%) estaban en tratamiento, pero frente al 75% de los autóctonos sólo el 36% de los inmigrantes lo recibía (p=0.001); esto puede tener relación con el momento de diagnóstico del VIH (en 52,6% de los inmigrantes el éxitis ocurrió el mismo año de diagnóstico del VIH, frente a un 9,1% de los autóctonos). Del global de fallecidos con TAR, el 53,3% presentaban carga viral indetectable (<200 copias). La causa de muerte más frecuente fueron las infecciones oportunistas (IO) (36,4% de los casos): tuberculosis (30% de los éxitos por IO) seguida de neumonía por *P. jirovecii* (25%); en el caso de los inmigrantes tuvieron aún más peso las muertes por IO (52% vs 28,8% en autóctonos), y más aún en pacientes con diagnóstico VIH en el mismo año del éxitis (64,3%). La segunda causa de éxitis fueron las infecciones no oportunistas (20,8%), seguida de la causa hepática (10,4%). Destacar que 23,7% de los fallecidos eran cirróticos (en su mayoría autóctonos, 77,8%) y sólo 44,4% de éstos fallecieron por causa hepática.

CONCLUSIONES

La principal causa de mortalidad de nuestros pacientes VIH continúan siendo las IO. Los autóctonos fallecen más en relación, entre otros, con el consumo de tóxicos (alcohol, tabaco, UDVP). Los inmigrantes recibieron TAR en menor medida debido a que con más frecuencia el año de la muerte coincide con el del diagnóstico de VIH; es importante mejorar el diagnóstico precoz en la población inmigrante donde se concentran la mayoría de los diagnósticos en fase avanzada.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sabin C. *Do people with HIV infection have a normal life expectancy in the era of combination antiretroviral therapy?*. BMC Medicine. 2013;11:251-57

IC-02 LA INSUFICIENCIA CARDIACA: LAS DOS CARAS DE UNA MISMA MONEDA

F. Flores Álvarez, J. García García, A. Rodríguez Hurtado, J. Mira Escarti
Servicio de Medicina Interna. Hospital Nuestra Señora de Valme. Sevilla

OBJETIVOS

Valorar las características de los pacientes ingresados por Insuficiencia Cardíaca en un servicio de Medicina Interna de un hospital de agudos. Comparar el perfil de los individuos con aquellos con el mismo diagnóstico que ingresan en la Unidad de Cardiología.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo de los pacientes ingresados por insuficiencia cardíaca en las Unidades de Medicina Interna y Cardiología durante el año 2014. Aquellos sujetos con enfermedad avanzada que ingresaron para cuidados paliativos fueron excluidos. Los datos fueron obtenidos de los diagnósticos presentes en los informes de alta y recogidos en las bases informatizadas del hospital según la codificación por Grupos Relacionados con el Diagnóstico (GRDs) y la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE). Las principales variables incluidas fueron la edad, el sexo, la comorbilidad, el tipo de insuficiencia cardíaca (sistólica o diastólica), reingreso a los 30 días y mortalidad. Los pacientes fueron clasificados según el lugar del ingreso hubiese ocurrido en Medicina Interna o Cardiología. Los datos obtenidos se procesaron mediante el programa informático SPSS versión 22.

RESULTADOS

Se incluyeron a 938 pacientes. Trescientos cuarenta y nueve (37%) y 589 (63%) ingresaron en Cardiología y Medicina Interna, respectivamente. La mediana (Q1-Q3) de edad fue de 67 (57-75) años y 79 (73-83) años, respectivamente ($p < 0,001$). Mujeres eran un 43% en Cardiología y un 48% en Medicina Interna ($p = 0,002$). La enfermedad coronaria estaba presente en 223 (64%) de los sujetos ingresados en Cardiología frente a 111 (19%) de pacientes en Medicina Interna ($p < 0,001$). La fibrilación auricular, la insuficiencia renal y la anemia fueron patologías menos frecuentes en los pacientes ingresados en Cardiología respecto los de Medicina Interna [88 (25%) vs 427 (49%), $p < 0,001$], [32 (9%) vs 263 (48%), $p < 0,001$] y [40 (11%) vs 163 (28%), $p < 0,001$]. No encontramos diferencias en cuanto a la proporción de individuos con hipertensión arterial o diabetes. El diagnóstico de insuficiencia cardíaca diastólica estaba presente en 21 (6%) de los sujetos de Cardiología y en 226 (38%) individuos de Medicina Interna. Durante el ingreso, fallecieron 2 y 70 (12%) pacientes, mientras que 22 (6%) y 181 (26%) individuos reingresaron antes de los 30 días entre los sujetos dados de alta de las Unidades de Cardiología y Medicina Interna, respectivamente.

CONCLUSIONES

El perfil de los pacientes que ingresan por insuficiencia cardíaca en las Unidades de Cardiología y Medicina Interna son diferentes. Existe una más alta proporción de sujetos en

Medicina Interna con insuficiencia cardíaca diastólica, fibrilación auricular, anemia e insuficiencia renal, junto a un mayor número de reingresos y muertes en dicha Unidad. Por tanto, el abordaje que ambas poblaciones deben tener durante el ingreso y su seguimiento al alta pudiera ser también diferente.

BIBLIOGRAFÍA

1. *Heart failure with preserved ejection fraction: Refocusing on diastole.* Antonio Abbate, Ross Arena, Benjamin W Van Tassel, Justin Canada, Keyur Shah, Giuseppe Blondi-Zoccai, Nobert F Voelkel. *International Journal of Cardiology* 179 (2015) 430–40.

IC-03 VALOR PREDICTIVO DE LAS FÓRMULAS DE FILTRADO GLOMERULAR EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA AGUDA

H. Cachay Osorio, F. Carrasco Sánchez, I. Páez Rubio, A. Ostos Ruiz, C. Leyva Prado, M. Soto Martín

Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario de Especialidades Juan Ramón Jiménez. Huelva

OBJETIVOS

La disfunción renal es un potente marcador de mal pronóstico en pacientes con insuficiencia cardíaca (IC). Aunque disponemos de varias formulaciones para estimar el filtrado glomerular (FG), es la ecuación de MDRD-4 la más extendida en la práctica clínica diaria. El objetivo del presente estudio es evaluar el valor predictivo de las fórmulas más utilizadas para estimar el FG en pacientes con IC aguda.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional prospectivo de pacientes hospitalizados por IC aguda en nuestro centro. Los criterios diagnósticos fueron clínicos y analíticos con elevación de NT-proBNP. Medimos el FG por MDRD-4 y CK-EPI tras estabilización clínica. El tratamiento al alta de los pacientes fue a criterio del facultativo responsable. Tras descripción de la muestra evaluamos la relación entre la disfunción renal definida por $FG < 60$ ml/min por las dos ecuaciones y la variable dependiente combinada de muerte y/o reingreso por IC durante 1 año de seguimiento. Controlamos la predicción del FG por otras variables predictoras en la IC.

RESULTADOS

Un total de 80 pacientes fueron incluidos. La edad media fue de 74,5 años (SD8,9) y el 60% eran mujeres. Comorbilidades: HTA (91,3%), diabetes (58,8%), dislipemia (62,5%), anemia (47,5%), enfermedad arterial periférica, EAP (12,5%), enfermedad renal crónica, ERC (30%), FA (21,3%). 40 pacientes (53,8%) tenían FEVI preservada. La clasificación de NYHA fue: I (2,5%), II (56,3%), III (37,5%) y IV (3,8%). Estudios analíticos: Hb media 11,4

(SD1,82), creatinina 1,20 (SD0,55), NT-proBNP mediana 5354 (2503-9546). Se evaluó el índice de Charlson, mediana 5 (4-7). Un total de 40 pacientes por MDRD-4 y 43 por CK_EPI se clasificaron como disfunción renal (FG<60ml/min). Tras 12 meses de seguimiento 51 pacientes (63,7%) reingresaron o fallecieron por causa cardiovascular. La ecuación de MDRD-4 clasificó a 29 pacientes (72,5%) con eventos y disfunción renal, y sólo 22 pacientes (55%) con eventos pero sin disfunción renal ($p=0,10$). Por el contrario CK_EPI clasificó 32 (74,5%) con eventos y disfunción renal, y sólo 19 (51,4%) con eventos pero sin disfunción ($p=0,03$). La OR estimada fue de 2,75 (IC95% 1,07-7,06) para la predicción con la ecuación de CK-EPI. Otras variables predictoras fueron la Hb y los antecedentes de EAP. Tras análisis multivariante con regresión logística binaria tanto la Hb (OR 1,6; $p=0,02$) como el FG por CK-EPI (OR 1,8; $p=0,05$) mantienen la significación estadística.

CONCLUSIONES

Acorde con otros estudios observacionales, la determinación del FG mediante la ecuación de CK-EPI parece mas adecuada en pacientes con IC aguda, independientemente de la FEVI, el cual resulta de gran utilidad para su uso en la práctica clínica habitual. La ecuación de CK-EPI predice mejor los eventos adversos en pacientes con IC aguda independientemente de la FEVI.

BIBLIOGRAFÍA

1. Casado Cerrado J, Carrasco Sánchez FJ, et al. Prognostic value of glomerular filtration rate estimations equation in acute heart failure with preserved versus reduced ejection fraction. *The international Journal of clinical Practice*. 2015. 1-11.

IC-04 CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES CON ANEMIA FERROPÉNICA ASOCIADA A INSUFICIENCIA CARDIACA

M. Sáenz de Tejada López⁽¹⁾, P. Oliva Fernández⁽²⁾, J. Ramos-Clemente Romero⁽¹⁾, A. Merlo Serrano⁽¹⁾, S. De la Rosa Riestra⁽¹⁾, J. Fernández Soto⁽¹⁾, A. Hidalgo Castellón⁽¹⁾, P. Massi Aguirre⁽¹⁾

⁽¹⁾Servicio de Medicina Interna. Hospital Comarcal Infanta Elena. Huelva

⁽²⁾Unidad de Cuidados Intensivos. Complejo Hospitalario de Especialidades Juan Ramón Jiménez. Huelva

OBJETIVOS

La insuficiencia cardíaca es un problema sanitario de creciente magnitud y se ha demostrado que la anemia ferropénica verdadera definida por niveles de Hemoglobina <12 mg/dl en mujeres y <13 mg/dl en hombres con valores de ferritina <100 mg/L, niveles elevados de transferrina y saturación baja y la anemia ferropénica funcional con niveles de ferritina

entre 100 y 299 mg/L y con una saturación de transferrina <20%, suele ser un factor frecuentemente asociado, sobre todo en fases avanzadas de la enfermedad, influyendo negativamente en el pronóstico. Nuestro objetivo es describir las características de los pacientes con anemia ferropénica e insuficiencia cardíaca.

MATERIAL Y MÉTODOS

Seleccionamos una muestra de 84 pacientes con diagnóstico al alta de insuficiencia cardíaca ingresados en nuestro centro durante el primer trimestre del año 2014, seguidos durante un año, de los cuales 29 de ellos presentan anemia ferropénica verdadera o funcional. Describimos los pacientes ingresados por insuficiencia cardíaca, con diagnóstico de anemia ferropénica crónica o de novo.

RESULTADOS

La edad media de la muestra seleccionada es de 80 años, de los cuales 14 son mujeres y 15 son hombres. La clase funcional media de la NYHA fue de II. Un 97 % del total presentaba una fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) conservada y el 3% presentaba FEVI 35-50%. La media del índice de comorbilidad de Charlson es de 7 puntos. Un 82'7% presentaba Fibrilación Auricular asociada. Un 44'8% presentaron complicaciones durante el ingreso (insuficiencia renal aguda, broncoespasmo, hiperglucemia...). Un 51'7% reingresaron en un año y un 34'4% del total fallecieron durante ese año.

CONCLUSIONES

La anemia es un factor muy prevalente a tener en cuenta en los pacientes que han presentado algún episodio de insuficiencia cardíaca y que se asocia a una elevada tasa de complicaciones, reingresos y mortalidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. González-Costello J, Comín-Colet, J. *Iron deficiency and anaemia in heart failure: understanding the FAIR-HF trial. European Journal of Heart Failure* 2010; 12:1159-1162.

IC-05 INFLUENCIA DE LA ANEMIA EN INSUFICIENCIA CARDIACA

M. Sáenz De Tejada López⁽¹⁾, P. Oliva Fernández⁽²⁾, J. Ramos-Clemente Romero⁽¹⁾, S. De La Rosa Riestra⁽¹⁾, A. Merlo Serrano⁽¹⁾, C. Magro Fernández⁽¹⁾, E. Gutiérrez Cortizo⁽¹⁾, A. Hidalgo Castellón⁽¹⁾

⁽¹⁾Servicio de Medicina Interna. Hospital Comarcal Infanta Elena. Huelva

⁽²⁾Unidad de Cuidados Intensivos. Complejo Hospitalario de Especialidades Juan Ramón Jiménez. Huelva

OBJETIVOS

La insuficiencia cardíaca es un problema sanitario creciente y una de las comorbilidades más frecuentemente asociada es la anemia, definida como valores de Hemoglobina <12 mg/dl en mujeres y <13 mg/dl en hombres, sobre todo en fases avanzadas de la enfermedad, influyendo negativamente en el pronóstico. Nuestro objetivo es comparar las características de los pacientes ingresados por insuficiencia cardíaca con y sin diagnóstico de anemia.

MATERIAL Y MÉTODOS

Seleccionamos una muestra de 84 pacientes con diagnóstico al alta de insuficiencia cardíaca ingresados en nuestro centro durante el primer trimestre del año 2014, seguidos durante un año, de los cuales 51 de ellos presentan anemia (29 anemia ferropénica y 22 anemia de trastornos crónicos). Describimos los pacientes ingresados por insuficiencia cardíaca, asociados a anemia (Grupo A) o no (Grupo B).

RESULTADOS

La edad media del grupo A es de 79 años (26 mujeres y 25 hombres) y del grupo B 77 años (18 mujeres y 18 hombres). La clase funcional media de la NYHA de ambos grupos es II. Del grupo A un 93 % presenta una fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) conservada (mayor de 50%), un 4% presenta FEVI ligera-moderadamente deprimida (entre 35 y 50%) y un 4% FEVI deprimida (menor 35%). Del grupo B un 83'3% presenta FEVI preservada, un 8'3% presenta FEVI ligera-moderadamente deprimida y un 8'3% FEVI deprimida. La media del índice de comorbilidad de Charlson del Grupo A es de 7 puntos y del grupo B es de 6 puntos. Del grupo A un 65% presenta Fibrilación Auricular (FA) asociada, mientras que del grupo B la presentan un 72'2%.

CONCLUSIONES

Podemos concluir que, a pesar de ser la anemia una enfermedad muy prevalente que influye negativamente en el pronóstico de la insuficiencia cardíaca y aunque la muestra no es homogénea, no encontramos diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos de estudio.

BIBLIOGRAFÍA

1. J. Grau-Amorós, F. Formiga, A. Urrutia, et al. *Anemia en la insuficiencia cardiaca crónica. Rev Clin Esp.* 2011; 211:354-9.

IC-06 INFLUENCIA DEL RIESGO NUTRICIONAL EN LA CALIDAD DE VIDA, DÍAS LIBRE DE INGRESO Y MORTALIDAD EN PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDIACA

A. Hidalgo-Castellón⁽¹⁾, J. Ramos-Clemente⁽¹⁾, M. Romero Jiménez⁽¹⁾,
E. Gutiérrez Cortizo⁽¹⁾, A. Merlo Serrano⁽¹⁾, S. De la Rosa Riestra⁽¹⁾,
C. Magro Fernández⁽¹⁾, B. Merelo Ruiz⁽²⁾

⁽¹⁾Servicio de Medicina Interna. Hospital Comarcal Infanta Elena. Huelva

⁽²⁾Servicio de Medicina Interna. Hospital Blanca Paloma. Huelva

OBJETIVOS

La calidad de vida es, junto con la mortalidad y las hospitalizaciones, un objetivo importante en los estudios sobre insuficiencia cardíaca (IC). Nuestro objetivo es comparar dos grupos de pacientes con IC, uno con riesgo nutricional alto (RNA) y otro con riesgo nutricional bajo (RNB), centrándonos en el resultado del test de calidad de vida Minnesota Living with Heart Failure (MLHF), número de días libre de ingreso desde el alta hasta el análisis de los datos y en la mortalidad de los grupos en este periodo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio analítico, retrospectivo, con revisión de pacientes ingresados con diagnóstico de IC entre octubre de 2010 y agosto de 2011 en hospital comarcal de 285 camas, con un área de referencia de 168.401 habitantes. El seguimiento de los pacientes se realizó hasta mayo de 2014. Se aplicó el test nutricional Conut en todos los casos, clasificándolos según el riesgo nutricional en RNA y RNB. Comparamos los dos grupos según su puntuación en la escala NYHA (New York Heart Association), MLHF, el número de días libre de ingreso y su mortalidad. Usamos el programa SPSS y los estadísticos Shapiro-Wilk, ji cuadrada y t student para el análisis de los datos.

RESULTADOS

En el estudio incluimos un total de 58 pacientes con una edad media de 75 años, de los cuales un 37,9% son hombres. Un 53,4% dan como resultado en el test Conut RNA; el resto (47,6%) tienen RNB según este test. Dentro de los pacientes con RNB había un 74,2% de paciente con NYHA III-IV, en el grupo de RNA un 70,4% ($p=0,75$). El test de calidad de vida MLHFQ no reflejó diferencias entre los grupos: puntuación media de 44,6 en pacientes con RNB y 45,3 en los de RNA ($p=0,36$). Un 54,8% de los pacientes con RNB reingresaron frente a un 66,7% con RNA ($p=0,36$). Los días libres de ingreso en el momento del análisis sumaban 572 días de media en los pacientes con RNB y 352 en el grupo con RNA ($p=0,08$). En el grupo RNB hay una mortalidad desde la toma de los datos del 19,4%, y del 33,3% en RNA ($p=0,225$).

CONCLUSIONES

El test de calidad de vida MLHFQ arrojó resultados similares en los paciente con RNA y RNB, existiendo un porcentaje similar en ambos grupos de paciente con IC grado III-IV según la NYHA. A pesar de esto, los paciente con RNB tienen una mortalidad inferior, reingresan menos y tienen más días libres de ingreso tras un alta hospitalaria (este último dato cercano a la significación estadística con $p=0,08$, el resto sin diferencias estadísticamente significativa).

BIBLIOGRAFÍA

1. Ignacio de Ulbarri J, González-Madroño A, de Villar NG, González P, González B, Mancha A, et al. CONUT: a tool for controlling nutritional status. First validation in a hospital population. *Nutr Hosp*. 2005;20:38-45.
2. McMurray JJ, Adamopoulos S, Anker SD, Auricchio A, Böhm M, Dickstein K, et al. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012. *Eur Heart J*. 2012;33:1787-847.
3. Parajón T, Lupón J, González B, Urrutia A, Altimir S, Coll R, et al. Aplicación en España del cuestionariosobre calidad de vida «Minnesota Living With Heart Failure» para la insuficiencia cardíaca. *Rev Esp Cardiol*. 2004;57:155-60.

IC-07 DESCRIPCIÓN DE TRATAMIENTOS AL ALTA EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE INSUFICIENCIA CARDIACA

A. Hidalgo-Castellón⁽¹⁾, J. Fernández Soto⁽¹⁾, J. Ramos-Clemente⁽¹⁾, S. De la Rosa Riestra⁽¹⁾, M. Sáenz de Tejada López⁽¹⁾, A. Merlo Serrano⁽¹⁾, P. Massi de Icaza⁽¹⁾, M. Pérez Tristancho⁽²⁾

⁽¹⁾Servicio de Medicina Interna. Hospital Comarcal Infanta Elena. Huelva

⁽²⁾Servicio de Medicina Interna. Hospital Costa de la Luz. Huelva

OBJETIVOS

Describir los tratamientos al alta de paciente con insuficiencia cardiaca (IC) con fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) deprimida (menor del 50%), y valorar si estos se ajustan a las recomendaciones presentes en la guía de práctica clínica de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) sobre diagnóstico y tratamiento de la IC aguda y crónica (2012).

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, retrospectivo, con revisión de pacientes ingresados con diagnóstico al alta de IC entre octubre de 2010 y agosto de 2011 en hospital comarcal de 285 camas, con un área de referencia de 168.401 habitantes. Contabilizamos los tratamientos recogidos en el informe de alta, asumiendo que los pacientes con FEVI deprimida según las guías

de la ESC deben estar tratados con al menos un inhibidor de la enzima de conversión de la angiotensina (IECA) y un beta bloqueante (BB). Los pacientes que presenten síntomas (NYHA II-IV) debe añadirse además un antagonista del receptor mineralocorticoideo (ARM). Usamos el programa SPSS para el análisis de los datos.

RESULTADOS

Del total de paciente dados de alta con diagnostico de IC en el periodo de estudio (58), el 50% presentó FEVI deprimida en la ecocardiografía. Por lo tanto, en el estudio incluimos un total de 24 pacientes con una edad media de 73 años, de los cuales un 54,2% son hombres. El 48,8% padecía de cardiopatía hipertensiva, el 50% tenía algún tipo de valvulopatía, el 33,3% ingresó por episodio de síndrome coronario agudo y el 41,7% presentaba fibrilación auricular. El 95,8% de los pacientes presentaba clínica de IC con clasificación de la NYHA entre II y IV (un solo paciente asintomático). Al alta solo el 50% de los pacientes presentaba un IECA en el tratamiento prescrito y el 45,8% un BB (recomendaciones IA). Entre los pacientes con síntomas solo el 29,2% tenía indicado la toma de ARM (recomendación IA), y hasta el 86,9% alguna clase de diuréticos. Otros tratamientos usados en estos pacientes fueron antagonista de los receptores de angiotensina II (20,8%), antagonistas del calcio (29,2%) y digoxina (16,7%).

CONCLUSIONES

La guía de la ESC sobre diagnóstico y tratamiento de los pacientes con IC recomiendan el uso de IECA y BB en todos los pacientes con FEVI deprimida, además de ARM en los pacientes que persistan con síntomas a pesar de tratamiento con los anteriores fármacos. Más del 50% de pacientes dados de alta en nuestra muestra no se ajustaron a las recomendaciones de la guía. Debemos intensificar el tratamiento en estos pacientes con IECAs, BBs y ARM, ya en se ha demostrado una reducción del riesgo de hospitalización por IC y de muerte prematura.

IC-08 TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA TERMINAL CON FUROSEMIDA SUBCUTÁNEA

R. Criado Pizarro, P. Martínez García, J. Alegre Herrera
Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen Macarena. Sevilla

OBJETIVOS

- Describir las diferentes indicaciones para la colocación del infusor subcutaneo (sc) de furosemida.
- Valorar la eficacia y seguridad del empleo de furosemida sc en los pacientes con insuficiencia cardíaca (IC)terminal, derivados a un Hospital de Día de Medicina Interna. La eficacia

se valora como la disminución de los días de ingreso hospitalario en el año posterior a la colocación del infusor, en comparación con los días de estancia hospitalaria en el año previo a su implante. Se describen los efectos adversos relacionados con el infusor, así como la alteración de parámetros de función renal.

MATERIAL Y MÉTODOS

-Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo de pacientes con IC terminal, derivados al Hospital de Día de Medicina Interna, a los que se les ha administrado furosemida mediante infusor sc, desde julio de 2013 hasta la actualidad.

RESULTADOS

-Se han registrado un total de 17 episodios, que corresponden a 15 pacientes, desde julio de 2013 hasta febrero de 2015. Todos los pacientes se encontraban en clase funcional III-IV de la NYHA, a pesar del tratamiento con dosis óptimas de furosemida oral, que se mantuvo durante la administración de furosemida en infusión continua sc. Mediana de dosis de furosemida oral: 160 mg/día (rango: 120-240 mg/día). 1) - Indicación para la colocación del infusor: Falta de eficacia al tratamiento previo con furosemida iv y ausencia de disponibilidad para el traslado al Hospital de Día (para dicha terapia iv con furosemida) representan cada una de ellas el 50% de las indicaciones. - Tras la implantación del infusor de furosemida sc, la mediana de dosis empleada fue de 120 mg/ día (rango 100-160 mg/día). - El tiempo medio en que se mantuvo el tratamiento con furosemida sc fue: 59,7 días. - La causa más frecuente de retirada del infusor fue la eficacia del procedimiento (25%). 2) - En cuanto a la variable principal de eficacia, tras un año de seguimiento en los pacientes evaluables, se objetivó una reducción tanto en el número de ingresos hospitalarios como en el número de días de ingreso, en comparación con el año previo a la colocación del dispositivo, de forma estadísticamente significativa (4 ingresos hospitalarios previos versus (vs) 2 ingresos posteriores, $p = 0,001$ y 30,5 días de estancia hospitalaria previos frente a 5,5 días de estancia , en el año posterior; $p = 0,0016$). - El procedimiento resultó ineficaz en un 6,3% de los casos. - Tres pacientes fueron exitus durante el proceso de tratamiento; dos de ellos por complicaciones derivadas de su patología basal (ICC terminal) y un tercero por patología oncológica 3) - En cuanto a los efectos adversos al dispositivo (reacción local no infecciosa y celulitis local) motivaron la retirada del infusor en tres casos respectivamente, cada una de ellas. - No hubo diferencias entre los valores previos y posteriores a la intervención analizada en cuanto a creatinina (1,54 mg/dL vs 1,50 mg/dL), sodio (137 mEq/L vs 135 mEq/L) y potasio (4,25 mEq/L vs 4,24 mEq/L).

CONCLUSIONES

-El tratamiento con furosemida sc constituye una alternativa eficaz y segura para pacientes con IC terminal sin respuesta a furosemida intravenosa -Representa una opción para pacientes que por su situación de terminalidad no son aptos para el traslado frecuente a un Hospital de Día para recibir tratamiento con diuréticos iv. -Se traduce en una disminución

del número de ingresos y días de estancia hospitalarios, que resulta en mejoría de calidad de vida de estos pacientes. -Estaría indicado en otro tipo de paciente con IC crónica refractaria, no terminal con deseo de mantener su autonomía personal. En nuestra serie, este tratamiento ha permitido a dos pacientes mantener la situación funcional hasta implante de un DAI y la realización de un trasplante cardíaco, respectivamente.

BIBLIOGRAFÍA

1. McMurray JJ, Adamopoulos S, Anker SD, Auricchio A, Böhm M, Dickstein K, et al. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012. *Eur Heart J.* 2012;33:1787-847. Zatarain Nicolás E, et al. *Rev Esp Cardiol.* 2013; 66: 1002-4

IC-09 CORRELACIÓN ENTRE CLASIFICACIÓN FUNCIONAL Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA

A. Hidalgo-Castellón, M. Sáenz De Tejada López, J. Ramos-Clemente, M. Romero Jiménez, E. Gutiérrez Cortizo, C. Magro Fernández, J. Fernández Soto, P. Massi De Icaza
Servicio de Medicina Interna. Hospital Comarcal Infanta Elena. Huelva

OBJETIVOS

La "calidad de vida relacionada con la salud" se ha convertido en los últimos años en un objetivo importante en el área de la salud colectiva. La encuesta de salud SF-12 (Short Form 12 Health Survey) es una versión reducida del SF-36, uno de los cuestionarios de calidad de vida más utilizados para comparar la percepción de la salud de las poblaciones de diferentes países; lo forman dos componentes sumarios: físico y mental. El cuestionario Minnesota Living With Heart Failure (MLHF) es el instrumento más extensamente utilizado para valorar la calidad de vida en pacientes con insuficiencia cardíaca (IC). Nuestro objetivo es comprobar si en pacientes con IC el grado de síntomas que presentan según la clasificación de la New York Heart Association (NYHA) se correlaciona con la puntuación obtenida en los cuestionarios de calidad de vida SF-12 y MLHF.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio analítico, retrospectivo, con revisión de pacientes ingresados con diagnóstico de IC entre octubre de 2010 y agosto de 2011 en hospital comarcal de 285 camas, con un área de referencia de 168.401 habitantes. Agrupamos a los paciente según su clasificación de la NYHA en IC grado I-II y grado III-IV. Posteriormente comparamos los dos grupos según las puntuaciones obtenidas en los test de calidad de vida SF-12 y MLHF, así como en sus esferas física y emocional. Usamos el programa SPSS y los estadísticos Shapiro-Wilk y t student para el análisis de los datos.

RESULTADOS

En el estudio incluimos un total de 58 pacientes con una edad media de 75 años, de los cuales un 37,9% son hombres. El 72,4% fueron clasificados como grado III-IV de la NYHA (42 pacientes), el resto como grado I-II (16 pacientes). Los resultados de las encuestas SF-12 y MLHF según su clasificación de la NYHA (tabla 1 y 2) dieron diferencias significativas entre ambos grupos (excepto en el aspecto psíquico/emocional en el test MJHF), indicando una puntuación más alta respecto a calidad de vida tanto en aspecto físico, psíquico/emocional y puntuación total en el grupo con IC grado I-II.

CONCLUSIONES

La mejor clasificación funcional de los pacientes con IC según la NYHA tienen relación con mejores resultados en las encuestas de calidad de vida como el SF-12 y el MLHF.

BIBLIOGRAFÍA

1. Vilagut G, Valderas JM, Ferrer M, Garin O, López-García E, Alonso J. Interpretación de los cuestionarios de salud SF-36 y SF-12 en España: componentes físico y mental. *Med Clin.* 2008;130(19):726-35.
2. Parajón T, Lupón J, González B, Urrutia A, Altimir S, Coll R, et al. Aplicación en España del cuestionario sobre calidad de vida Minnesota Living With Heart Failure para la IC. *Rev Esp Cardiol.* 2004;57:155-60.

Tabla 1. Puntuaciones medias encuesta SF-12

| | NYHA I-II | NYHA III-IV | |
|--------------------|-----------|-------------|---------|
| Aspectos físicos | 15,44 | 12,76 | p=0,04 |
| Aspectos emocional | 22,38 | 19,21 | p=0,001 |
| Total | 37,81 | 31,88 | p=0,002 |

Tabla 2. Puntuaciones medias encuesta MLHF

| | NYHA I-II | NYHA III-IV | |
|----------------------|-----------|-------------|--------|
| Aspectos físicos | 28,94 | 38,79 | p=0,02 |
| Aspectos emocionales | 7,00 | 9,60 | p=0,12 |
| Total | 35,94 | 48,38 | p=0,01 |

Inflamación y enfermedades autoinmunes

IF-01 ARTRITIS REUMATOIDE ESTUDIO TRANSVERSAL Y DESCRIPTIVO EN UN HOSPITAL COMARCAL

P. Massi Aguirre, M. Pérez Ramos, S. De la Rosa Riestra, J. Domínguez Herrera, A. Hidalgo Castellón, M. Sáenz de Tejada, J. Ramos-Clemente Romero
Servicio de Medicina Interna. Hospital Comarcal Infanta Elena. Huelva

OBJETIVOS

Conocer las características clínicas, demográficas y los distintos tratamientos utilizados en los pacientes adultos diagnosticados de artritis reumatoide, que asisten a la consulta de Medicina Interna de enfermedades sistémicas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio transversal y descriptivo realizado durante los meses de octubre a diciembre del año 2014, a los pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide atendidos en consulta de Medicina Interna cuando acuden a su revisión, en el ámbito de un Hospital Comarcal con una población de referencia de 140.000 habitantes divididos en dos distritos, costa y condado. Se diseñó una hoja de recogida de datos que incluía las variables objeto de estudio, estas fueron extraídas revisando las historias clínicas y sus datos, número de articulaciones dolorosas y tumefactas mediante la exploración física que presentaban en el momento de la consulta. Los datos se han analizados mediante un programa estadístico (SPSS versión 20).

RESULTADOS

Se incluyeron un total de 53 pacientes, de los cuales: 22 (41,5%) eran hombres y 31 (58,5%) fueron mujeres. La edad promedio de 62,94 años, con un mínimo de 30 años y un máximo de 83 años. Según el distrito de procedencia Condado 35 (66%), Costa 15 (28,3%), Otro Distrito 3 (5,7%). Los años de evolución de la enfermedad fue de un promedio de 10,75 años, con un mínimo de 1 año de evolución y un máximo de 37 años. Respecto al número de articulaciones dolorosas, sólo 10/53 (18,86%) pacientes presentaban sintomatología, con un promedio de 7 articulaciones afectadas. En relación a la tumefacción articular 7/53 pacientes la presentaba, con un promedio de 5 articulaciones tumefactas. En lo referente a afectación extraarticular 2/53 (3,77%) la presentaron, uno con bursitis olecraneana izquierda y otro con fibrosis pulmonar e hipertensión pulmonar. En cuanto a la serología, en todos los pacientes se había analizado el factor reumatoide (FR), siendo positivo en 35/53 (66%) y negativo en 18/53 (34%). Los anticuerpos anticitrulinados (antiCCP) fueron positivos en 22/53 (41,5%) pacientes, negativos en 19/53 (35,8%) pacientes de los cuales 5 tenían FR positivo, no habiendo sido determinado en 12/53. En cuanto al tratamiento con FAME 36/53 (67,9%) realizaron tratamiento con Metotrexato (MTX), durante 89,3 meses, cuya dosis

promedio era 11,06mg semanal, 9/53 (17%) realizaron tratamiento con Leflunomida (LFN), durante 63 meses, con una dosis promedio de 16,11mg/día. Con respecto a los Biológicos 6/53 (11,3%) pacientes realizaron tratamiento con Adalimumab, Abatacept y Certoluzimab, de los cuales 2 (3,75%) realizaron tratamiento con Adalimumab+MTX, 2 (3,75%) con Adalimumab+LFN, 1 (1,9%) con Abatacept+MTX y 1 (1,9%) con Certoluzimab+MTX. A dos de los pacientes se les retiró la medicación por reacciones cutáneas (urticaria).

CONCLUSIONES

La AR es una enfermedad que afecta al 0,5-1% de la población total, principalmente a mujeres 3/1 respecto a los varones, independientemente de la edad aunque suele aparecer con más frecuencia en la 3ª a 5ª década de la vida. De acuerdo a los resultados obtenidos, seguimos viendo el predominio de la AR sobre el sexo femenino y su edad de presentación. Sin embargo encontramos un escaso porcentaje de afectación extraarticular (3,77%) en nuestro estudio, cuyo resultado nos llama la atención ya que al contrario de lo indicado en la literatura y dada la cronicidad de la enfermedad, se observa un mayor porcentaje de la misma alcanzando un 25% de la población general. Entre los tipos de tratamiento obtenidos según el análisis del estudio, sigue siendo el MTX el fármaco de elección, así como su adecuada tolerancia. Como ya conocemos se mantiene como primera línea terapéutica con resultados satisfactorios tras su administración, ya sea en monoterapia o en terapias combinadas. El objetivo final irá enfocado a obtener la remisión de la enfermedad, dado que gracias a los avances terapéuticos existen diferentes tipos de tratamientos sintéticos o biológicos con los que podemos contar, con el fin de evitar la progresión de la enfermedad y por ende la discapacidad de los pacientes.

IF-02 ESTUDIO DESCRIPTIVO OBSERVACIONAL DE 61 MUJERES CON ABORTOS DE REPETICIÓN EN SEGUIMIENTO EN CONSULTAS DE MEDICINA INTERNA

F. Flor Barrios, R. Delgado Villa, M. Machado Vilchez, C. Espejo Fernández, C. Borrachero Garro, C. Leyva Prado, J. García Moreno, I. Martín Suárez
Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Universitario de Huelva

OBJETIVOS

Estudio de las pacientes seguidas con abortos de repetición, pérdidas fetales y la presencia de manifestaciones secundarias a insuficiencia placentarias (CIR, oligoamnios y preeclampsia/eclampsia) una vez descartadas malformaciones, alteraciones cromosómicas y alteraciones metabólicas. Ya que pueden ser secundarias a la presencia de trombofilias. En varias ocasiones tras realizar un estudio de hipercoagulabilidad completo no tenemos un resultado positivo, siendo diagnosticadas de SAF obstétrico seronegativo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se revisaron las historias clínicas de 61 pacientes con abortos de repetición, pérdidas fetales y signos consecuentes de insuficiencia placentaria en seguimiento en consultas externas de Medicina Interna

RESULTADOS

De todas las pacientes estudiadas el 34.4% padecía alguna otra enfermedad autoinmune o sistémica asociada. 19 pacientes (31.14%) presentaban ANAs positivos. Sólo el 0.61% de ellas las que habían padecido algún evento trombofílico previo o presentaban sospecha de ETEV en algún momento de su vida. El 91.8% de las pacientes seguidas en nuestro estudio no tenían o no conocían antecedentes familiares de ETEV, siendo sólo el 3.27% de ellas las que presentaban historia familiar de abortos de repetición. De las 61 pacientes, 27 (44.2%) presentaban algún FRCV siendo los más frecuentes la obesidad (11 pacientes, 40.7%) y el consumo activo de tabaco (7 pacientes, 25.9%). En cuanto al estado de hipercoagulabilidad, 18 pacientes (29.5%) presentaban la mutación del gen de la MTHFR, de ellas una única paciente (1.63%) niveles elevados de homocisteína, 2 pacientes (3.27%) eran portadoras de la mutación del factor V de Leyden y una única paciente (1.63%) era portadora de la mutación de la protrombina 20210. En total se produjeron 146 abortos con una media de 2.31 abortos por paciente, de los cuales el 45.20% fueron abortos precoces. El 46.57% fueron pérdidas fetales y el 8.3% restante correspondieron a muertes periparto. Se realizó estudio anatomopatológico placentario en la mayoría de ellos (90%), encontrándose en el 6.3% de los casos áreas de necrosis o infarto placentario y en un 4.7% de los casos signos de trombosis placentaria. En el resto de casos solo se hallaron restos deciduocoriales.

CONCLUSIONES

De todas las pacientes estudiadas sólo el 34.4% presentaba alguna otra EAS asociada, siendo el 31.14 % las que presentaban unos ANA +. La mayoría no había tenido ningún evento trombofílico previo ni antecedentes familiares (3.27%). EL 37.03 % tenía algún estado de hipercoagulabilidad asociado no definitorio de SAF obstétrico, el resto se englobaría en el diagnóstico de SAF obstétrico seronegativo. Un porcentaje alto de estas pacientes (el 46.57 %) presentaban abortos tardíos, siendo también frecuente presentarlo tempranamente (45.20%).

BIBLIOGRAFÍA

1. Ricard Cervera, Fabrizio Conti, ANDrea Doria, Luca Iaccarino, Guido Vañesini. Does serobegative antiphospholipid syndrome really exist?. *Autoimmunity Reviews* 11 (2012) 581-584.
2. Rabih Nayfe, Imad Uthman, Jessica Aoun, Ehab Saad Aldin, Mira Merashli and Munther A. Khamashta. Seronegative antiphospholipid syndrome. *Review Rheumatology* 2013; 52: 1358- 1367.

IF-03 ESTUDIO DESCRIPTIVO OBSERVACIONAL DE 61 MUJERES CON ABORTOS DE REPETICIÓN EN SEGUIMIENTO EN CONSULTAS DE MEDICINA INTERNA CON DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO OBSTÉTRICO SERONEGATIVO. RESPUESTA AL TRATAMIENTO

R. Delgado Villa, F. Flor Barrios, C. Espejo Fernández, C. Mancilla Reguera, M. Machado Vilchez, J. García Moreno, C. Borrachero Garro, I. Martín Suárez
Servicio de Medicina Interna. Complejo Universitario de Huelva

OBJETIVOS

El síndrome antifosfolípido obstétrico “seronegativo” es una entidad que engloba pacientes con una alta sospecha de Síndrome antifosfolípido obstétrico, en las que se descartan otras trombofilias y con serología negativa de Anticuerpos antifosfolípidos. Estas pacientes son tratadas con antiagregación y heparina de bajo peso molecular a dosis profilácticas/intermedias controlando de forma periódica la actividad plasmática de heparina. El objetivo a estudiar es la respuesta al tratamiento en estos casos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se revisaron las historias clínicas de 61 pacientes con abortos de repetición, pérdidas fetales y signos de insuficiencia placentaria en seguimiento en consultas externas de Medicina Interna.

RESULTADOS

En el total del estudio de nuestras pacientes se produjeron 146 abortos con una media de 2.31 abortos por paciente, de los cuales el 45.20% fueron abortos precoces. El 46.57% fueron pérdidas fetales y el 8.3% restante correspondieron a muertes periparto. De las pacientes estudiadas con diagnóstico de SAF seronegativo (el 72,13%) tienen una gestación tras realizar el estudio e inicio del tratamiento. El 82.6% de los embarazos a término se desarrolló bajo tratamiento con Ácido acetil salicílico previamente a la gestación y enoxaparina subcutánea desde el inicio de la gestación. El 1.63 % de las embarazadas habrían presentado CIR y el 1.63% había sido diagnosticada de preeclampsia en la evolución del embarazo. De las pacientes que tienen un embarazo el 27.27% seguían en curso en el momento de la recogida de datos; el 63.04% tuvo un parto a término, el 4.34%, tuvo un parto pretérmino y otras (6.52%) sufrieron complicaciones no relacionadas con el SAF con interrupción de la gestación. La edad media con la quedaron embarazadas estas pacientes es de 32.88 años. De todas las gestaciones, en 3 casos aparecieron como complicaciones: diabetes gestacional, amenaza de aborto y preeclampsia.

CONCLUSIONES

De todas nuestras pacientes estudiadas como SAF obstétrico seronegativo, tras realizar el estudio completo e inicio de tratamiento profiláctico con AAS preconcepcional y con HBPM

tras inicio del embarazo, podemos concluir que el 72.13% tienen un embarazo con una edad media de 32.88 años; Llegando a término el 82.6% de estos. Siendo la mayoría de los embarazos sin complicaciones, y sólo el 10.86 % son las que presentaron parto pretérmino o preeclampsia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Arnaud Duval, MD, Luc DArnige, MD, Francois Glowacki , MD, Marie - Chrstine Copin, MD, PhDElisabeth Martin De Lassalle, MD, Emmanuel Delaporte, MD, PhD, and Eric Auxenfants, MD. Livedo, dementia, thrombocutopenia, and endothelitis without antiphospholipid antibodies: Seronegative antiphospholipid - like syndrome. *J Am Acad Dermatol. December 2009.*
2. Ricard Cervera, Fabrizio Conti, Andrea Doria, Luca Iaccarino, Guido Vañesini. Does serobegativeantiphospholipid syndrome really exist?. *Autoimmunity Reviews 11 (2012) 581-584.*
3. Rabih Nayfe, Imad Uthman, Jessica Aoun, Ehab Saad Aldin, Mira Merashli and Munther A. Khamashta. Seronegative antiphospholipid syndrome. *Review Rheumatology 2013; 52: 1358- 1367.*

IF-04 ENFERMEDAD DE FABRY EN HUELVA. ANÁLISIS DE 6 CASOS

C. Leyva Prado, I. Martín Suárez, R. Delgado Villa, H. Cachay Osorio, M. Aguayo Canela

Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Universitario de Huelva

OBJETIVOS

Conocer los casos identificados, diagnosticados, tratados y en seguimiento de la enfermedad de Fabry en Huelva, buscando la correlación de la incidencia de los casos de la comunidad europea; la correlación clínica además de la asociación genealógica de los pacientes y la efectividad de la terapia de reemplazo enzimático (TRE) como modificador de la historia natural de la enfermedad.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo observacional de experiencia diagnóstica, clínica y terapéutica en pacientes con enfermedad de Fabry así como la asociación del TRE. Analizamos 6 casos diagnosticados, indagando caso índice al que se le atribuye el inicio de la localización geográfica y genealógica que ayuda a la identificación de casos no tratados como la del portador y probable desencadenante genético (si existiese mayor descendencia); asociación del perfil clínico y respuesta al tratamiento desde el momento del diagnóstico.

RESULTADOS

6 pacientes, subdivididos en 2 grupos de familias. Se demuestra que el caso índice presenta estudios genéticos positivos, identificándose el gen GLA (único gen que se ha relacionado con la enfermedad) que ha conllevado al estudio de los portadores integrantes de la familia. Compartiendo perfiles clínicos se puede atribuir que: el fenómeno Raynaud se presenta como patrón más característico, seguido de las infecciones oportunistas, artritis reactivas y lesiones dérmicas en este grupo familiar.

La TRE utilizada en este grupo familiar ha sido (Agalsidasa alfa) / "REPLAGAL" cada dos semanas con una adecuada respuesta, mantenimiento de las manifestaciones clínicas y aumento de la supervivencia; ya que por definición podríamos mencionar que la mortalidad estadística sin tratamiento se encontraría alrededor de no más de los 50 años.

Segundo grupo de estudio, familia donde el perfil clínico se basa en lesiones de tipo dérmicas y alteraciones cardíacas, en donde uno de los pacientes desarrolla enfermedad de Marfan asociada, atípico en este padecimiento pero descrito en la literatura ; grupo familiar descendiente de madre con mutación X y portadora con desarrollo activo de la enfermedad y patología cardíaca de base, actualmente con tratamiento a base de TRE, con buen apego terapéutico y seguimiento familiar integral además de mostrarse hipotéticos casos si existiese mayor descendencia.

CONCLUSIONES

Hasta el día de hoy no existe una terapia curativa para este padecimiento, situación muy común en la gran mayoría de las enfermedades consideradas como raras. Sin embargo, la existencia de una terapia de reemplazo ha logrado cambiar la historia natural de la enfermedad y con ella, contener la enfermedad ayudando a evitar las causas más frecuentes de muerte como insuficiencia renal y cardíaca. Desafortunadamente, la detección de portadores es complicado hasta que no exista un caso índice que ayude a identificar genealógicamente el punto de partida de los futuros enfermos. La diversidad de perfiles clínicos existentes en este grupo es heterogéneo, pero es interesante demostrar que en una misma línea de descendencia parece ser que comparten no solo esta enfermedad sino la complicación futura que desarrollarán o los distinguirá entre otras enfermos con este padecimiento, esto no descrito aún en la literatura. No cabe duda que la experiencia registrada en nuestra unidad nos hace ser pionera en detección, seguimiento y tratamiento.

IF-05 SERIE DE CASOS DE UVEÍTIS TUBERCULOSA

M. Ayala Gutiérrez⁽¹⁾, L. Muñoz Jiménez⁽²⁾, M. Del Río Pardo⁽²⁾,
E. De Ramón Garrido⁽³⁾

⁽¹⁾ *Medicina Interna. Xanit Hospital Internacional. Benalmádena (Málaga)*

⁽²⁾ *Oftalmología. Hospital Civil. Málaga*

⁽³⁾ *Medicina Interna. Hospital General. Málaga*

OBJETIVOS

Describir las características sociodemográficas y clínicas de una serie de casos de uveítis tuberculosa (UT) provenientes de un centro de referencia.

MATERIAL Y MÉTODOS

Revisión de historias clínicas. El diagnóstico de UT se basó en los hallazgos oftalmológicos, sugestivos, junto con la existencia de infección tuberculosa, latente (ITL) (Mantoux y/o quantiferon positivos) o activa (ITA), tras descartar otras etiologías de uveítis.

RESULTADOS

De una serie de 269 uveítis, 5 (1.8%) pacientes, fueron diagnosticados de UT, 80% varones, 80% caucásicos y 20% de origen magrebí, con una edad media al diagnóstico de 47.4±12.1 años (rango 32-61 años) y un tiempo evolución de la UT desde el inicio del tratamiento de 11.4±7.4 meses. Ningún paciente refirió antecedentes o contacto con tuberculosis, y sólo en un caso existía inmunodepresión (esclerosis múltiple en tratamiento con interferón). Todos presentaron síntomas oculares (alteraciones en la agudeza visual [80%], molestias oculares [40%] y fotofobia [40%]). Ninguno presentó síntomas sistémicos, ni elevación de los reactantes de fase aguda en la analítica El Mantoux fue positivo en todos los casos, y el Quantiferón en 2/2 pacientes en los que se realizó. En 4 pacientes existía una ITL y en el otro ITA pulmonar. La uveítis fue bilateral en 4 casos, panuveítis en 2 casos, intermedia en 2 casos y posterior en 1 caso. El tratamiento tuberculostático (RF+INH+PZM+ETB) se mantuvo durante 9 meses, junto con corticoides orales (dosis media total 1627 ± 440.7 mg), con buena respuesta en todos ellos.

CONCLUSIONES

El diagnóstico de UT se basa en la combinación de datos oftalmológicos junto con la existencia de ITL o ITA, presentado generalmente buena respuesta al tratamiento tuberculostático y esteroideo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gupta A, Bansal R, Gupta V, Sharma A, Bambery P. Ocular signs predictive of tubercular uveitis. *Am J Ophthalmol.* 2010;149(4):562-70.
2. Bouza E, Merino P, Muñoz P, Sánchez-Carrillo C, Yáñez J, Cortés C. Ocular tuberculosis. A prospective study in a general hospital. *Medicine (Baltimore).* 1997;76(1):53-61.

IF-07 SÍNDROME DE TÚNEL CARIPIANO COMO SÍNTOMA DE ALERTA PARA DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD DE ANDRADE

A. Hidalgo Jiménez, M. De Sousa Baena, S. Benito Conejero, F. Muñoz Beamud,
C. Borrachero Garo, I. Martín Suárez

*Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario de Especialidades Juan
Ramón Jiménez. Huelva*

OBJETIVOS

Antecedentes:

El Síndrome del Túnel Carpiano (STC) es una patología de alta incidencia en la población general y consta básicamente en una compresión neuropática del nervio Mediano a nivel de la muñeca. Esto claramente traerá una serie de signos y síntomas que son bastante limitantes. La Polineuropatía amiloidótica familiar (PAF) es una enfermedad por depósito de amiloide que afecta al sistema nervioso periférico y a otros órganos. Debido a la distribución aleatoria de amiloide en el sistema nervioso periférico, los depósitos se pueden acumular a nivel local e inducir una lesión focal de un nervio. La afectación por depósito endoneural de amiloide produce atrapamiento del nervio mediano, el llamado síndrome del túnel carpiano. En las series descritas la afectación es común y temprana y además es más severa que cuando es de causa idiopática.

Objetivo:

El objetivo del presente estudio es describir la frecuencia de túnel carpiano y su importancia como síntoma de alarma en un posible desarrollo de enfermedad de Andrade.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se revisan las historias de una serie de pacientes con diagnóstico de PAF (Polineuropatía amiloidótica familiar) en la provincia de Huelva. Recopilamos los casos que presentan síndrome del túnel carpiano y se realiza un breve análisis descriptivos de las características generales de estos pacientes

RESULTADOS

-Se revisan un total de 42 pacientes con PAF. De éstos 10 presentan síndrome del túnel carpiano, lo que supone un 24% de los casos, siendo la mitad (un 50%) de forma bilateral.

-De los 10 pacientes con S.tunel carpiano, 3 lo desarrollan posteriormente al diagnóstico, teniendo un electromiograma negativo para afectación de miembros superiores al inicio de la enfermedad. 7 pacientes tienen afectación del nervio mediano en el momento del diagnóstico.

-El perfil de los pacientes es variado respecto de sus características generales, se distribuyen por sexo de forma igualitaria y en 6 de los casos el diagnóstico de la enfermedad se hizo a partir de los 50 años. En la mayoría de los casos 80% el síntoma debut de la enfermedad

fue disestesias e hipoestesias en las extremidades. En casi la totalidad de pacientes afectos por túnel carpiano existe afectación a nivel Gastro-Intestinal. Respecto de afectación de otros órganos y aparatos a nivel cardiaco, renal ocular, genital o urológica la proporción es mínima, llegando a ser en el mayor de los casos (afectación cardiaca) del 20%.

CONCLUSIONES

Concluimos que el síndrome del túnel carpiano es una manifestación poco específica, aunque común y precoz en nuestros pacientes con Enfermedad de Andrade. Debemos conocer los síntomas y estar alerta en poblaciones endémicos para un abordaje diagnóstico adecuado de un posible desarrollo de la Enfermedad de Andrade

BIBLIOGRAFÍA

1. *Planté-Bordeneuve, Violaine, and Gerard Said. "Familial amyloid polyneuropathy." The Lancet Neurology* 10.12 (2011): 1086-1097
2. *Sekijima Y1, Uchiyama S, Tojo K, Sano K, Shimizu Y, Imaeda T, Hoshii Y, Kato H, Ikeda S. "High prevalence of wild-type transthyretin deposition in patients with idiopathic carpal tunnel syndrome: a common cause of carpal tunnel syndrome in the elderly" Hum Pathol. 2011 Nov;42(11):1785-91*

IF-08 COMPARACIÓN DE LOS CRITERIOS ACR FRENTE A CRITERIOS SLICC EN EL DIAGNÓSTICO DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO EN UNA COHORTE DE PACIENTES DE UN HOSPITAL COMARCAL

M. Vergara Díaz⁽¹⁾, S. Delgado Romero⁽¹⁾, M. Poyato Borrego⁽¹⁾, S. Vidal Serrano⁽¹⁾, M. Gómez Hernández⁽¹⁾, R. Macías Casanova⁽²⁾, A. Fernández Moyano⁽¹⁾, M. Benticuaga Martínez⁽¹⁾

⁽¹⁾Servicio de Medicina Interna. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos (Sevilla)

⁽²⁾Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Salamanca. H. Clínico. Salamanca

OBJETIVOS

Los pacientes con Lupus eritematoso sistémico (LES) presentan datos clínicos muy variables y no existe una prueba inequívoca para su diagnóstico, lo que hace que sea con frecuencia un reto. En ausencia de unos criterios diagnósticos de LES, se utilizan criterios clasificatorios para identificar las características más frecuentes. Hasta 1997 sólo disponíamos de los criterios clasificatorios del American College of Rheumatology (ACR), pero estos no están libres de limitaciones. Por esto, en 2012 el grupo de trabajo SLICC (The Systemic Lupus International Collaborating Clinics) propuso una revisión de los criterios para intentar

optimizarlos. Nuestros objetivos fueron aplicar los criterios SLICC a una cohorte de pacientes derivados a nuestro centro con sospecha de diagnóstico de LES e identificar si con la clasificación SLICC se hubiese aumentado el número de pacientes diagnosticados de LES.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, retrospectivo, realizado en el Hospital San Juan de Dios del Aljarafe en un período de 1 año (febrero 2014- febrero 2015). Se consideraron todos los expedientes clínicos de los pacientes codificados como “sospecha de LES” Se analizaron las variables demográficas (edad, sexo), clínicas (eritema malar, fotosensibilidad, lupus cutáneo agudo o crónico, alopecia no cicatricial, aftas orales, artritis, serositis, clínica neurológica) y analíticas (anemia hemolítica, leucopenia, linfopenia, trombocitopenia, proteinuria mayor de 500 mg/24h, cilindros celulares hemáticos en orina, ANA, anti-DNA, anti-SM, anticuerpos anti-fosfolípidicos, hipocomplementemia, prueba de Coombs directa en ausencia de anemia hemolítica). Se comparó los criterios clasificatorios ACR frente a los criterios SLICC. Los datos fueron introducidos y analizados en una hoja de cálculo Excel elaborada para este estudio.

RESULTADOS

De las 51 historias clínicas codificadas como “sospecha de LES”, 10 fueron excluidas por no disponer de datos suficiente para nuestro análisis. Se obtuvo una muestra de 41 pacientes con sospecha de LES. Un 83% eran mujeres y un 17% hombres, con una mediana de edad de 59 años. En nuestra muestra, 22 pacientes fueron clasificados como LES (53.7%) utilizando los criterios del ACR, no cumpliendo criterios clasificatorios para LES 19 pacientes (46.3%). Sin embargo, si utilizamos los criterios del SLICC, 26 de los pacientes (63.4%) serían clasificados como LES, en base a que cumplieran 4 criterios, al menos uno de ellos inmunológico. 15 de nuestros pacientes (36.6%) no cumplirían criterios SLICC. No hubo ningún paciente con nefritis lúpica comprobada por biopsia en el momento del diagnóstico.

CONCLUSIONES

- Todos los pacientes que cumplieran criterios clasificatorios del ACR cumplieran criterios clasificatorios deSLICC.
- Los criterios SLICC clasificaron un 9.8% de pacientes más, aumentando la sensibilidad, encontrándose congruencia con las evidencias publicadas
- Ninguno cumplía nefritis lúpica demostrada por biopsia con de ANA o anti-DNA debido a que no se realiza esta técnica en nuestro centro.

BIBLIOGRAFÍA

1. *Derivation and Validation of Systemic Lupus International Collaborating Clinics Classification Criteria for Systemic Lupus Erythematosus. Arthritis Rheum. 2012 Aug; 64(8): 2677–2686. doi: 10.1002/art.34473.*
2. *Hochberg MC. Updating the American College of Rheumatology revised criteria for the classification of systemic lupus erythematosus [letter]. Arthritis Rheum. 1997;40:1725.*

IF-10 LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO: EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL COMARCAL

M. Poyato Borrego⁽¹⁾, S. Vidal Serrano⁽¹⁾, M. Vergara Díaz⁽¹⁾, S. Delgado Romero⁽¹⁾, M. Gómez Hernández⁽¹⁾, V. Parra García⁽²⁾, A. Fernández Moyano⁽¹⁾, M. Benticuaga Martínez⁽¹⁾

⁽¹⁾Servicio de Medicina Interna, ⁽²⁾Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos (Sevilla)

OBJETIVOS

El lupus eritematoso sistémico es una enfermedad autoinmune, multisistémica de etiología desconocida, que afecta principalmente a mujeres en edad reproductiva. Dentro de las manifestaciones clínicas más frecuentes se encuentran los compromisos cutáneo y articular y desde el punto de vista analítico son frecuentes las alteraciones hematológicas e inmunológicas. Nuestro objetivo con este estudio fue analizar las características de las principales manifestaciones clínicas y analíticas de 26 pacientes con diagnóstico de lupus eritematoso sistémico del Hospital San Juan de Dios del Aljarafe en Sevilla.

MATERIAL Y MÉTODOS

Realizamos un análisis descriptivo retrospectivo revisando las 51 historias clínicas de los pacientes codificados como “sospecha de LES” en nuestro hospital en un período de un año (Febrero 2014- Febrero 2015), 10 fueron excluidas por no disponer de datos suficiente para nuestro análisis. Analizamos variables demográficas (edad, sexo), clínicas (lupus cutáneo agudo o crónico, alopecia no cicatricial, aftas orales, artritis, serositis, afectación renal y neurológica) y analíticas (anemia hemolítica, leucopenia, linfopenia, trombocitopenia, ANA, anti-DNA, anti-SM, anticuerpos antifosfolípidicos, hipocomplementemia, prueba de Coombs directa en ausencia de anemia hemolítica). Los datos fueron introducidos y analizados en una hoja de cálculo Excel elaborada para este estudio.

RESULTADOS

Se obtuvo una muestra final de 41 pacientes con sospecha de LES. Un 83% eran mujeres y un 17% hombres, con una mediana de edad de 59 años. Siendo un 23,5% de las mujeres menor de 50 años. Con respecto a las características clínicas, hasta un 81% de los pacientes tenían afectación articular, seguido de la afectación cutáneo mucosa, presente en un 57%. Siete de los pacientes referían episodios de serositis (pleuritis/pericarditis), bien en el momento del diagnóstico, o bien constaban en los antecedentes personales. Con respecto a la alteraciones analíticas destacar que afectación renal, entendida como proteinuria mayor de 500 mg/24 h y/o hematuria se objetivó en un 15% de los casos, siendo derivados al hospital de referencia para valorar estudio anatomopatológico. Desde el punto de vista hematológico destaca la leucopenia y la linfopenia, presente en el 42% de los pacientes,

seguido de la trombocitopenia (19,2%) y, por último, la anemia hemolítica (3,8%). Inmunológicamente, en el 100% demostraríamos la presencia de anticuerpos antinucleares (ANA), un alto porcentaje de casos presentó anti-DNAs positivos (88,5%), sin embargo los anti-Sm sólo estaban presentes en un 11,5%. Por otra parte, se observó hipocomplementemia (C3, C4, CH50) en el 27%.

CONCLUSIONES

En nuestra muestra, tal y como dice la literatura científica al respecto, destaca el predominio del sexo femenino, si bien, la mayoría, eran mayores de 50 años. La manifestación clínica más frecuente e nuestras pacientes fue la afectación articular, seguida de la afectación cutáneo mucosa. No hubo ningún caso registrado con alopecia o afectación neurológica. La afectación renal, si bien estaba presente en un porcentaje no despreciable, no pudo ser confirmada por biopsia. Desde el punto de vista analítico destacar la presencia de ANA en el total de los pacientes, con un alto porcentaje de positividad de anti-DNA y baja de anti-Sm.

BIBLIOGRAFÍA

1. Tunncliffe DJ1, Singh-Grewal D, Kim S, Craig JC, Tong A. *Diagnosis, monitoring and treatment of systemic lupus erythematosus: A systematic review of clinical practice guidelines. Arthritis Care Res (Hoboken).* 2015 Mar 16. doi: 10.1002/acr.22591.
2. Gurevitz SL, Snyder JA, Wessel EK, Frey J, Williamson BA. *Systemic lupus erythematosus: a review of the disease and treatment options. Consult Pharm.* 2013 Feb;28(2):110-21. doi: 10.4140/TCP.n.2013.110.

Riesgo vascular

RV-01 RELACIÓN EN NUESTRA POBLACIÓN DE LOS NIVELES DE C-HDL BAJO CON LA INSUFICIENCIA RENAL

M. Monsalvo Hernando⁽¹⁾, I. Tinoco Racero⁽¹⁾, R. Toro Cebada⁽²⁾,
C. Rodríguez Leal⁽¹⁾, A. Mangas Rojas⁽²⁾

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

⁽²⁾*Departamento de Medicina. Universidad de Cádiz. Cádiz*

OBJETIVOS

Describir en nuestra población la relación entre los niveles de c-HDL y el índice TG/HDL con la presencia de insuficiencia renal.

MATERIAL Y MÉTODOS

A partir de las analíticas de rutina de unos 2000 pacientes, se seleccionan 4 grupos de aproximadamente un número semejante de sujetos, 2 grupos de hombres, uno con c-HDL bajo (considerado como menor de 40 mg/dl) y el resto con c-HDL normal y 2 grupos de mujeres, el primero con c-HDL bajo (estimado por cifras menores de 45 mg/dl) considerando a las restantes como c-HDL normal. Se revisan las Hª clínicas de cada uno de estos pacientes, recogiendo los principales FRV; Hipertensión, Diabetes, Tabaquismo (fumador o exfumador de menos de 5 años), Disfunción renal medida por el MDRD (3 grupos, FG menor de 30, 30-50 y mayor de 50 mL/min/1,73 m²) y otros parámetros analíticos (glucemia capilar, ácido úrico, y perfil lipídico). Se considera un índice TG/HDL elevado si está por encima de 3. Investigamos el uso previo de estatinas y si estos sujetos han sido diagnosticados de cualquier evento cardiovascular, definidos como cardiopatía isquémica, enfermedad cerebrovascular o vasculopatía periférica. En total obtenemos los datos de 1903 pacientes por encima de los 18 años, que unificamos en 2 grupos, uno de hombres y mujeres con c-HDL baja según los criterios anteriores, en total 842 sujetos y otro con c-HDL normal, 1061 personas. Se utiliza el paquete estadístico SPSS 20, relacionando las poblaciones totales con IR (FG < 50 mL/min/1,73 m²), con los otros principales FRV, niveles de c-HDL, índice TG/HDL y los eventos cardiovasculares, mediante un estudio bivariante con análisis del χ^2 . Posteriormente realizamos una regresión logística binaria, con introducción manual de las variables, considerando como variable dependiente el tener o no IR, en relación a los parámetros que inicialmente nos han salido significativos.

RESULTADOS

La edad media de los 1903 pacientes es de 59 años, siendo 977 mujeres (51%) y 926 (49%) hombres. Las principales características descriptivas de ambas poblaciones, se expresarán en una tabla. Del total, 842 (44%) presentan un c-HDL bajo en función de los criterios

descritos, el 40% de las mujeres y el 49 % de los hombres . En el grupo de c-HDL bajo existe una proporción significativa (12,5 vs 4%, $p<0,001$) de pacientes con IR. En total hay 145 pacientes (8%) con insuficiencia renal. Los porcentajes de Hipertensos (92 vs 45%), diabéticos (59 vs 28%), c-HDL bajo (72 vs 43%), índice TG/HDL elevado (71 vs 43%), son significativamente relevantes ($p<0,001$), en el grupo de pacientes con IR. No se cumple esta premisa con los fumadores. También existe esta relación significativa en los pacientes con IR con la cardiopatía isquémica (28 vs 7%), la enfermedad cerebrovascular (16 vs 4%) y la arteriopatía periférica (17 vs 5%), todos ellos con $p<0,001$. Si hacemos un estudio multivariante considerando como variable a explicar la insuficiencia renal e incluimos la DM, HTA, los niveles de HDL y el índice TG/HDL, cómo era de esperar la diabetes y la HTA permanecen siendo claramente significativos. La HDL baja se erige como factor de riesgo frente a la IR ($n=105/145$ vs $733/1749$; OR 2,3; IC 95%, 1,36-3,80; $p<0,05$). No hallamos esta significancia para el índice TG/HDL.

CONCLUSIONES

La literatura sugiere que los pacientes con insuficiencia renal suelen presentar unos niveles más bajos de HDL, siendo estas partículas además disfuncionantes, lo que contribuye a su riesgo vascular. En nuestro grupos de pacientes, existe una relación significativa entre la insuficiencia renal, los niveles bajos de c-HDL y la elevación del índice TG/HDL. En el estudio multivariante esta relación permanece siendo relevante para los niveles bajos de HDL, que parece erigirse en un factor de riesgo para el desarrollo de IR, pero no así para el índice TG/HDL.

BIBLIOGRAFÍA

1. Tsuruya K1 et al. Association of the triglycerides to high-density lipoprotein cholesterol ratio with the risk of chronic kidney disease: analysis in a large Japanese population. *Atherosclerosis*. 2014 Mar;233(1):260-7.

RV-02 RELACIÓN EN NUESTRA POBLACIÓN DE LOS NIVELES DE C-HDL BAJO CON LOS PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO VASCULAR Y LA ENFERMEDAD VASCULAR ESTABLECIDA

I. Tinoco Racero⁽¹⁾, M. Monsalvo Hernando⁽¹⁾, A. De Los Santos Moreno⁽¹⁾,
R. Toro Cebada⁽²⁾, C. Rodríguez Leal⁽¹⁾, A. Mangas Rojas⁽²⁾

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

⁽²⁾Departamento de Medicina. Facultad de Medicina. Cádiz

OBJETIVOS

Describir en nuestra población los principales factores de riesgo vascular asociados a la presencia de c-HDL bajo y la relación de esta con la enfermedad vascular.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se seleccionan 4 grupos similares, 2 grupos de hombres, uno con c-HDL bajo (menor de 40 mg/dl) y otro con c-HDL normal y 2 de mujeres, uno con c-HDL bajo (menos de 45 mg/dl) y el resto con c-HDL normal. Se revisan las H^a clínicas informatizadas, recogiendo los principales FRV; hipertensión, diabetes, tabaquismo, disfunción renal medida por el MDRD y otros parámetros analíticos (glucemia capilar, ácido úrico, colesterol total, c-LDL, TG, colesterol No HDL). Se define hiperuricemia como ácido úrico por encima de 7 mg/dl e índice de Yamamura (TG/HDL) elevado si está por encima de 3. Investigamos el uso previo de estatinas y si han sido diagnosticados de cualquier evento cardiovascular. Se utiliza el paquete estadístico SPSS 20, relacionando las poblaciones totales con HDL baja y normal con los principales FRV y los eventos cardiovasculares, mediante un estudio bivariante y análisis del χ^2 . Realizamos una regresión logística binaria, considerando como variable dependiente el tener o no la HDL baja, en relación a los FRV que son significativos. Al obtener significación estadística con el análisis bivariante entre los niveles de c-HDL y la cardiopatía isquémica, aplicamos un estudio de regresión logística binaria, considerando como variable dependiente en este caso, el tener o no tener cardiopatía isquémica y como covariables tanto los factores de riesgo vascular y los parámetros analíticos.

RESULTADOS

Se obtienen 1903 pacientes con una edad media de 59 años, 977 mujeres (51%) y 926 (49%) hombres. Las principales características de ambas poblaciones se expresan en la tabla 1. 842 (44%), presentan un c-HDL bajo, el 40% de las mujeres y el 49 % de los hombres (Gráfico 1). Los porcentajes de Hipertensos (54 vs 44%), diabéticos (38 vs 25%), fumadores o exfumadores en los últimos 5 años (22 vs 18%) y pacientes con un FG < 50 mL/min/1,73 m² (12,5 vs 4%) son siempre más elevados en el grupo de sujetos con c-HDL bajo. También se cumple esta premisa para la hiperuricemia (18 vs 9,5%), índice TG/HDL elevado (84 vs 15%), uso de estatinas (27 vs 22%) y la presencia de enfermedad vascular en forma de cardiopatía isquémica (14 vs 4,5%), enfermedad cerebrovascular (6 vs 4%) o arteriopatía periférica (6 vs 5%). Hallamos una relación significativa entre los niveles bajos de c-HDL con la presencia de HTA, DM, hiperuricemia, aclaramiento de creatinina, índice TG/HDL y niveles de Triglicéridos (todas ellas con p<0,001). También existe esta relación con el hábito tabáquico, el uso previos de estatinas (ambas con p<0,05) y con la presencia de cardiopatía isquémica (p < 0,001). La relación con la enfermedad cerebrovascular y la arteriopatía periférica, aunque cercana, no es significativa. En el estudio multivariante, permanecen todos significativos excepto la HTA y el uso previo de estatinas (Tabla 2). Si

hacemos un estudio multivariante considerando como variable a explicar la Cardiopatía isquémica e incluimos todos los FRV asociados, la HDL alta permanece significativa como factor protector (n=120/842 vs 48/1061; OR 0,47; IC 95%, 0,28-0,80; p<0,05).

CONCLUSIONES

En nuestro estudio relacionamos de forma significativa los niveles bajos de c-HDL, con los principales factores de riesgo vascular (hipertensión, tabaquismo, diabetes, y disfunción renal), así como con la hiperuricemia. También existe una asociación significativa de estos niveles con la presencia de cardiopatía isquémica,

BIBLIOGRAFÍA

Guía europea sobre prevención de la enfermedad cardiovascular en la práctica clínica (versión 2012). Rev Esp Cardiol. 2012;65:937.e1-e66.

Enfermedad tromboembólica

T-01 ESTUDIO RETROSPECTIVO DEL USO DE ANGIOTOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTERIZADA TORÁCICA, EN UN SERVICIO DE URGENCIAS, EN LA SOSPECHA DE TROMBOEMBOLISMO PULMONAR

E. López Herrero⁽¹⁾, C. Puchaes Manchón⁽¹⁾, V. Mayer⁽¹⁾, E. Maldonado Pérez⁽¹⁾, M. Marchena González⁽¹⁾, C. Conde Guzmán⁽¹⁾, B. Gómez Álvarez⁽¹⁾, C. Leyva Prado⁽²⁾

⁽¹⁾Servicio de Urgencias, ⁽²⁾Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario de Huelva. Huelva

OBJETIVOS

- Determinar de retrospectivamente, en relación a la actividad asistencial de un año en un servicio de urgencias:
 - a) -El porcentaje global de coincidencia de la sospecha clínica de TEP, con el diagnóstico de TEP mediante angioTAC torácica.
 - b) -El registro en la historia clínica del uso de escalas predictivas de la probabilidad de TEP.
 - c) -La existencia de relación de asociación transversal entre los valores de d-dímeros, y el diagnóstico de TEP mediante angioTAC torácica.
 - d) -La existencia de relación de asociación transversal entre los valores de frecuencia cardíaca en la primera exploración clínica, y el diagnóstico de TEP mediante angioTAC torácica

MATERIAL Y MÉTODOS

-Estudio retrospectivo transversal de los 174 angioTAC torácicos solicitados desde el servicio de urgencias en 2012, por sospecha de TEP, en un hospital de 2º nivel. -Variables de interés: sospecha de TEP, diagnóstico de TEP mediante angioTAC, cifra de d-dímeros, frecuencia cardíaca en la 1ª exploración clínica registrada.

RESULTADOS

-De los 174 angioTAC torácicos solicitados desde el servicio de urgencias, fueron diagnósticos de TEP el 25,9% (n=45), y negativos el 74,1% (n= 129).

-Sólo en 3 casos se consignó en la historia la realización de un score predictivo de probabilidad de TEP.-En los 161 de los 174 pacientes en los que se realizó d-dímeros, se objetivó diferencia significativa de la media dicha variable entre los pacientes con angioTAC negativa para TEP (n=117; cifra de d-dímeros 3499,2 mcgr/L \pm 1085,3 mcgr/L), y la de los pacientes con angioTAC positiva para TEP (n=44; cifra de d-dímeros 10170,1 mcgr/L \pm 2946,9 mcgr/L), con un test de t de Student, con un valor de p<0,001, con un intervalo de confianza del 95%

-Se objetivó diferencia significativa entre las medias del valor de la variable frecuencia cardíaca, de los pacientes con angioTAC negativa para TEP (95,2 latidos por minuto \pm 4,4), y de los pacientes con angioTAC positiva para TEP (105,2 latidos por minuto \pm 6,5), con un test de t de Student, con un valor de $p < 0,019$, con un intervalo de confianza del 95%, con correlación positiva entre la frecuencia cardíaca y la positividad para TEP en la angioTAC.

CONCLUSIONES

El porcentaje global de coincidencia de la sospecha clínica de tromboembolismo pulmonar, con el diagnóstico de TEP mediante angioTAC, fue elevado, con un valor del 25,9%, lo que contrasta con cifras publicadas en otros estudios: Haap et al (1), 14,9%, Drescher et al (2) 8,3% preintervención, y postintervención del 12,7% (2). La diferencia en los valores medios de d-dímeros y frecuencia cardíaca, entre los pacientes con diagnóstico de TEP, más elevados, y en aquellos con negatividad para tal diagnóstico, menos elevados, refuerza el posible papel de tales variables como elemento diferenciador en la toma de decisiones en el algoritmo de abordaje de la sospecha de TEP

BIBLIOGRAFÍA

1. Haap MM, Gatidis S, Horger M, Riessen R, Lehnert H, Haas CS. *Computed tomography angiography in patients with suspected pulmonary embolism-too often considered?* *Am. J. Emerg. Med.* ; 2012 Feb ;30(2):325–30.
2. Drescher FS, Chandrika S, Weir ID, Weintraub JT, Berman L, Lee R, et al. *Effectiveness and acceptability of a computerized decision support system using modified Wells criteria for evaluation of suspected pulmonary embolism.* *Ann. Emerg. Med.* ; 2011 Jun;57(6):613–21.

T-03 ESCALA PESI PARA LA DECISIÓN DE TRATAMIENTO AMBULATORIO DE PACIENTES CON TROMBOEMBOLISMO PULMONAR AGUDO

M. Machado Vilchez, C. Díaz Pérez, H. Cachay Osorio, C. Espejo Fernández, R. Delgado Villa, F. Flor Barrios, F. Muñoz Beamud, J. García Moreno
Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario de Especialidades Juan Ramón Jiménez. Huelva

OBJETIVOS

Evaluar las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes ingresados por tromboembolismo pulmonar agudo (TEP) y, en base a la escala PESI (Pulmonary Embolism Severity Index), determinar qué porcentaje se podría haber tratado ambulatoriamente sin riesgo de mortalidad o complicaciones graves secundarias, reduciendo así los costes indirectos asociados al ingreso.

MATERIAL Y MÉTODOS

Analizamos de forma retrospectiva en las historias clínicas virtuales los episodios de ingreso por TEP en Medicina Interna y Neumología desde el 1 de enero de 2013 hasta el 31 de diciembre de 2014. Un total de 158 pacientes fueron incluidos. Se excluyeron aquellos pacientes cuyo diagnóstico de TEP ocurrió durante el ingreso. La recogida de datos se realizó mediante un protocolo donde se incluyeron las variables a estudiar: unidad de hospitalización, fecha de ingreso, fecha de alta, fecha de óbitos en los fallecidos y la escala PESI, relacionando cada variable con su puntuación; estas son de tipo epidemiológicas como edad y género, y clínicas dicotómicas según existencia o no: frecuencia cardíaca (FC) ≥ 100 , frecuencia respiratoria (FR) ≥ 30 , temperatura $< 35^\circ$, tensión arterial sistólica (TAS) < 100 mmHg, insuficiencia cardíaca (ICC), enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), enfermedad oncológica activa o pasada, alteración del nivel de conciencia y saturación O₂ $< 90\%$. Clasificamos a los pacientes según la puntuación final en la escala de riesgo en muy bajo (I), bajo (II), intermedio (III), alto (IV) y muy alto (V). Para el análisis estadístico utilizamos el programa SPSS 20.

RESULTADOS

De los 158 pacientes estudiados 114 estuvieron ingresados en Medicina Interna y 44 en Neumología, siendo 67 hombres (42,4%) y 91 mujeres (57,6%). La media de edad fue de 66 años. Únicamente 16 pacientes fallecieron (10,1%), de los cuales ninguno resultó con muy bajo riesgo en la escala PESI, 2 tenían bajo riesgo, 4 intermedio, 3 alto y 7 muy alto. En dos de ellos el óbito ocurrió en los 30 días posteriores al ingreso, cuyo riesgo de mortalidad según la escala resultó muy alto. Si clasificamos al total de pacientes según el riesgo obtuvimos 23 con muy bajo riesgo (14,6%), 37 bajo (23,4%), 28 intermedio (17,7%), 26 alto (16,5%) y 44 muy alto (27,8%). En total 60 de los 158 pacientes formaban parte de grupos de bajo o muy bajo riesgo de mortalidad (PESI I y II). Analizando las variables clínicas, 59 tenían FC ≥ 100 (37,3%), 34 padecían o padecieron un proceso oncológico (21,5%), 26 presentaban ICC (16,5%), 26 tenían saturación O₂ $< 90\%$ (16,5%), 24 pacientes sufrían alteración en el nivel de conciencia (15,2%), 23 coexistía EPOC (14,6%), 21 con FR ≥ 30 rpm (13,3%), 17 con TAS < 100 mmHg (10,8%) y 6 con T^a $< 35^\circ$ (3,8%). La media de estancia fue de 12,5 días, siendo la mediana 10 días.

CONCLUSIONES

La escala PESI es una herramienta de estratificación de riesgo validada para determinar el riesgo de mortalidad a los 30 días y la evolución de los pacientes con TEP agudo(1). Los pacientes de bajo riesgo (clases PESI I y II) con TEP agudo pueden ser tratados de manera segura como pacientes ambulatorios(2). En nuestra experiencia, la aplicación de esta escala en el área de urgencias podría estratificar adecuadamente a los pacientes, ahorrando hasta un 37,9% de ingresos innecesarios con los consiguientes ahorros en

morbilidad y recursos económicos. La escala PESI puede ayudar a los médicos a tomar decisiones más racionales sobre la hospitalización de los pacientes con TEP.

BIBLIOGRAFÍA

1. Chan CM et al. *The validation and reproducibility of the pulmonary embolism severity index. J Thromb Haemost* 2010; 8: 1509–14.
2. Aujesky D et al. *Outpatient versus inpatient treatment for patients with acute pulmonary embolism: an international, open-label, randomised, non-inferiority trial. Lancet* 2011; 378: 41–48.

T-04 ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LA TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA EN UN HOSPITAL COMARCAL

A. Merlo Serrano, M. Pérez Ramos, J. Domínguez Herrera, M. Sáenz De Tejada, J. Fernández Soto, A. Hidalgo Castellón, S. De la Rosa Riestra, B. Merelo Ruiz
Medicina Interna. Hospital Comarcal Infanta Elena. Huelva

OBJETIVOS

Estudiamos las características epidemiológicas, los factores de riesgo, el tratamiento (fármaco utilizado y su duración) en los pacientes diagnosticados de trombosis venosa profunda en nuestra área sanitaria.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó una revisión retrospectiva de los pacientes diagnosticados de trombosis venosa profunda que acuden a una consulta de medicina interna, derivados desde el servicio de urgencias o tras el ingreso hospitalario, de un hospital comarcal que atiende a un área de influencia de unos 140.000 habitantes, divididos en dos distritos, Costa y Condado. El período de inclusión comprendió a los años 2012 y el 2014. Se excluyó un paciente por exitus. Las variables objeto de estudio fueron recogidas de la historia clínica de cada paciente.

RESULTADOS

Se recogieron un total de 66 pacientes, el 57'6 % de los pacientes fueron hombres, mientras el 42'4 % fueron mujeres; con una edad media de 59'5 años. Un 48'5 % pertenecían al distrito Condado, un 46'9 % pertenecían al distrito Costa, mientras que un 4'5 % pertenecían a otros distritos. Con respecto a los factores de riesgo un 27'3 % tenían vida sedentaria, un 19'7 % eran fumadores, un 19'7 % eran obesos, un 18'2% presentaron trombofilia o un evento clínico previo, un 13'6 % tomaban anticonceptivos orales, un 12'1 % tenían antecedentes de una cirugía previa, un 10'6 % de los casos tenían antecedentes familiares de trombofilia, un 4'5 % de los pacientes estaban diagnosticados de neoplasia, un 3 % se

encontraban en el periodo del puerperio. Respecto a la localización de la trombosis venosa, la mayoría de las trombosis venosas se localizaron en el miembro inferior (un 91%), mientras que un 9 % se localizaron en el miembro superior. La mayor parte de los pacientes recibió tratamiento con acenocumarol 4 mg (87'9%), mientras que un 9 % se trataron con heparina de bajo peso molecular y un 3'1 % se trataron con otros fármacos. La duración media del tratamiento fue 12'7 meses y en un 4'5 % de los pacientes la duración fue desconocida . Las causas más frecuentes por orden de importancia fueron: la idiopática, la trombofilia, el sedentarismo y la cirugía. Otras causas fueron: los anticonceptivos orales, la neoplasia, la obesidad, los catéteres venosos, el puerperio, la edad y la insuficiencia venosa. El porcentaje de recurrencia fue un 7'6% y en la mayoría de los casos la localización coincidió con la del primer episodio. Por otro lado se realizó el estudio de trombofilia de primer escalón en un 36'3 % de los casos (24 pacientes). De los 42 pacientes que no se realizaron estudio de trombofilia 23 pacientes presentaron una causa justificada (54,8 %), 17 pacientes (40'5 %) no tenían indicación de realización de estudio de trombofilia por la edad y 2 pacientes no se habían realizado un estudio completo de trombofilia (4'8 %). De los estudios de trombofilia realizados resultaron positivos un 25 % de los casos, siendo la mutación heterocigota del factor V Leiden la trombofilia más frecuente.

CONCLUSIONES

La trombosis venosa profunda en nuestro medio tiene una mayor incidencia en el sexo masculino con una edad media de 59'5 años y las causas más frecuentes por orden de importancia fueron la idiopática, la trombofilia, el sedentarismo y la cirugía. Dada la edad media de los pacientes y la identificación de la etiología de la TVP tan sólo se requirió la realización del estudio de trombofilia de primer escalón en un 36'6 % de los casos. Por otro lado, hubo ciertos factores de riesgo tales como la diabetes mellitus, el síndrome nefrótico y la insuficiencia cardiaca III- IV que no fueron valorados, por lo que algunas de las causas idiopáticas podrían tener una causa específica. Al igual que en la población general la trombofilia más frecuente fue el factor V Leiden.

BIBLIOGRAFÍA

1. J. Ortiz Imedio, I. Escribano Gimeno. *Enfermedad tromboembólica venosa. Hospital Universitario 12 de Octubre. Manual de Diagnóstico y terapéutica Médica. 2012; 31:419-435.*

Varios**V-01 EPILEPSIA SINTOMÁTICA EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL**

E. Gutiérrez Cortizo⁽¹⁾, E. Durán Ferreras⁽²⁾, M. Pérez Tristancho⁽³⁾,
B. Merelo Ruiz⁽⁴⁾, A. Hidalgo Castellón⁽¹⁾, J. Fernández Soto⁽¹⁾,
S. De la Rosa Riestra⁽¹⁾, A. Merlo Serrano⁽¹⁾

⁽¹⁾UGC Medicina Interna, ⁽²⁾UGC Neurología. Hospital Comarcal Infanta Elena. Huelva

⁽³⁾UGC Medicina Interna. Hospital Costa de la Luz. Huelva

⁽⁴⁾UGC Medicina Interna. Hospital Blanca Paloma. Huelva

OBJETIVOS

La mayoría de las crisis epilépticas son idiopáticas, sin embargo un 32% de ellas son sintomáticas. De ellas, la más frecuente en países desarrollados es la secundaria a enfermedad cerebrovascular, siendo otras de una prevalencia mucho menor. Presentamos algunos ejemplos representativos de epilepsia sintomática poco prevalente.

MATERIAL Y MÉTODOS

Hemos seleccionado 5 pacientes con epilepsia sintomática a patologías poco prevalentes valorados en el servicio de Medicina Interna (MI) del Hospital Infanta Elena durante 2 años. En tres de ellos el diagnóstico se hizo en planta de MI, en los otros dos el diagnóstico se había realizado durante su edad pediátrica y fueron revisados en nuestro centro.

RESULTADOS

Caso 1: mujer de 47 años con parálisis cerebral desde la infancia secundaria a patología vascular isquémica neonatal en territorio de arteria cerebral media derecha, con crisis parciales sintomáticas como secuela. Presenta aumento del número de crisis en los últimos meses a pesar de tratamiento intensivo. TC cráneo: atrofia difusa cerebral derecha que asocia dilatación homolateral del ventrículo lateral y de los surcos de la convexidad, compatible con hemiatrofia cerebral derecha. Caso 2: mujer de 15 años que ingresa por episodios repetidos de acorchamiento de hemicara derecha de 10-15 segundos de duración sin afectación del nivel de conciencia, que correspondían a crisis parciales simples. TC cráneo: imagen irregular, hiperdensa con calcificaciones en su interior, que capta contraste, compatibles con malformación arterio-venosa (MAV). Caso 3: varón de 49 años dislipémico que ingresa por movimientos incontrolados de hemicuerpo izquierdo y afectación del nivel de conciencia, compatible con epilepsia parcial secundariamente generalizada. TC cráneo: calcificaciones irregulares a nivel parietal derecho, rodeadas de edema y con efecto masa, compatible con oligodendroglioma. Caso 4: mujer de 18 años diagnosticada en su edad pediátrica de epilepsia parcial secundaria a heterotopia subcortical frontal izquierda. La RM muestra a

dicho nivel surcos meníngeos prominentes tapizados de sustancia gris de grosor normal, con buena diferenciación sustancia gris-blanca. Compatible con una displasia cortical. Caso 5: mujer de 37 años, sin antecedentes, que ingresa por 2 crisis parciales secundariamente generalizadas. TAC de cráneo: hematoma occipital izquierdo. RM cráneo con secuencia T2*: numerosas imágenes nodulares en parénquima cerebral y cerebeloso, de distribución aleatoria, redondeadas y bien delimitadas, compatibles con cavernomatosis múltiple.

CONCLUSIONES

Una crisis epiléptica parcial puede ser la forma de presentación de patologías encefálicas y no es infrecuente encontrarla en planta de MI. Además de la etiología vascular, otras patologías menos prevalentes deben ser consideradas (MAV, neoplasias, ...).

BIBLIOGRAFÍA

1. Saiz Díaz RA, González de la Aleja Tejera J, de la Peña Mayor P. *Epilepsia y síndrome epilépticos. Trastornos paroxísticos no epilépticos*. En: Bermejo Pareja F, editor. *Neurología clínica básica*. 2ª edición. Madrid: Zoompin; 2012. p. 195-216.

V-02 CRIBADO DE RIESGO NUTRICIONAL EN UN HOSPITAL COMARCAL MEDIANTE EL ÍNDICE PRONÓSTICO CONUT.

S. Delgado Romero⁽¹⁾, J. Magallanes Gamboa⁽³⁾, C. González Becerra⁽¹⁾, M. Montilla López⁽²⁾, E. Salas Herrero⁽²⁾, I. Vallejo Maroto⁽¹⁾

⁽¹⁾Servicio de Medicina, ⁽²⁾Servicio de Laboratorio. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos (Sevilla)

⁽³⁾Servicio de Medicina Interna. Hospital Nuestra Señora del Prado. Talavera de la Reina (Toledo)

OBJETIVOS

La desnutrición clínica es un problema prevalente en los hospitales que incrementa la morbi-mortalidad de los pacientes que la sufren, tanto en el ámbito quirúrgico como el médico. Se han propuesto diferentes test y herramientas de screening de desnutrición hospitalaria. De ellas, el índice pronóstico (IP) CONUT, establece tres situaciones de riesgo (bajo: resultado de 0 a 4 puntos; moderado: resultado de 5 a 8 puntos; alto: resultado de 9 a 12 puntos) en base a tres parámetros analíticos (colesterol, albúmina y linfocitos) que se determinan al ingreso del paciente. Este marcador permite identificar precozmente pacientes con riesgo de desnutrición de una forma eficiente y aplicable a la totalidad de los enfermos ingresados. Tiene un mínimo coste y no necesita ser desarrollado por profesionales especializados. Nuestro hospital dispone desde el año 2014 de un perfil analítico que permite la realización de dicho parámetro durante el ingreso hospitalario y que facilita la estratificación del pacien-

te según la situación de riesgo referido. El objetivo de nuestro trabajo es conocer el valor del IP en las determinaciones realizadas en nuestro centro y su implicación pronóstica en nuestros pacientes.

MATERIAL Y MÉTODOS

Hemos realizado un análisis retrospectivo de las peticiones analíticas del IP CONUT realizados en el hospital durante el 2014 y hasta febrero de 2015. Analizamos edad, sexo, servicio peticionario, mortalidad, estancia media e IP. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS para Windows.

RESULTADOS

En el periodo analizado se han realizado 144 determinaciones. La edad media de los pacientes fue de 69,19 años (DE: 14.1) con una distribución por sexos de un 73,3% para hombres y un 18,1% para mujeres. Por servicios peticionarios, las solicitudes del IP fueron: 72.9% en UCI, 18,1% en el Servicio de Medicina Interna, 4,9% en el Servicio de Cirugía y un 4,2% en el Servicio de Urgencias. La distribución por grupos de riesgo según el IP fue: 18 pacientes con bajo riesgo, 41 pacientes con moderado riesgo y 85 pacientes con alto riesgo de desnutrición. La estancia media fue de 9.44 días para el grupo de bajo riesgo, 17,71 días para el grupo de moderado riesgo y 23,54 días par el grupo de alto riesgo ($p=0.002$.) El valor del IP en el grupo de pacientes que fallecieron durante la hospitalización fue de 9.67 frente a 8.63 en grupo de pacientes no fallecidos ($p=0.117$.)

CONCLUSIONES

El IP CONUT permite estratificar nuestra población según el riesgo de desnutrición e identificar aquellos pacientes más vulnerables a incrementar la estancia media hospitalaria y mortalidad. Nuestro hospital trabaja en la puesta en marcha de un protocolo de manejo nutricional multidisciplinar de los pacientes ingresados. Dicho procedimiento, en base a la estratificación del riesgo de desnutrición debería permitir minimizar el impacto de este problema en nuestros pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. J. I. de Ulíbarri Pérez, A. González-Madroño Giménez, P. González Pérez, G. Fernández, F. RodríguezSalvanés, A. Mancha Álvarez-Estrada y A. Díaz. Nuevo procedimiento para la detección precoz y control de la desnutrición Hospitalaria. *Nutr. Hosp.* (2002) XVII (4) 179-188.

V-04 ESTUDIO DESCRIPTIVO: EFECTO DE REALIZAR AUDITORIAS PERIÓDICAS PARA EVALUAR EL GRADO DE CONCILIACIÓN TERAPÉUTICA EN UNA UGC DE MEDICINA INTERNA

M. García-Serrano, J. Ternero Vega, A. Hurtado Gonoza, P. Rivas Cobas, A. González Molina, M. Nieto-Martín, L. Moreno-Gaviño, M. Bernabéu-Wittel
Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Virgen del Rocío. Sevilla

OBJETIVOS

Evaluar el efecto de la realización de auditorías sobre el grado de conciliación en la medicación al ingreso y al alta hospitalaria de los pacientes ingresados y la posterior difusión de los resultados entre los profesionales de una UGC de Medicina Interna.

MATERIAL Y MÉTODOS

Realización de dos auditorías anuales por un equipo auditor cualificado para ello. En cada auditoría se evaluarán 30 historias clínicas elegidas de forma aleatoria del total de ingresos producidos en la UGC de Medicina Interna durante el primer y segundo semestre de 2014. En la auditoría se recogen una serie de ítems sobre la recogida de la medicación habitual al ingreso y alta, así como sobre la especificación de los cambios terapéuticos realizados tras la transición asistencial. Se descartan para el análisis las historias clínicas en las que la auditoría no se haya podido completar (por ejemplo por fallecimiento del paciente). Con los datos obtenidos, se calcula el indicador de cobertura, que es el cociente entre el número de pacientes a los que se ha conciliado la medicación en los momentos de ingreso y alta de la unidad y el total de pacientes atendidos en la unidad. Los resultados fueron difundidos por medio de sesión clínica a los profesionales de la UGC.

RESULTADOS

Primera auditoría (Junio 2014): Conciliación correcta en 13/30 (tres exclusiones). Indicador de cobertura: 43.33%. Segunda auditoría (Diciembre 2014): Conciliación correcta en 21/28 (dos exclusiones). Indicador de cobertura: 75%.

CONCLUSIONES

Como podemos observar existe una importante mejoría en los resultados referentes al grado de conciliación obtenidos en la segunda auditoría respecto a los de la primera. Esto va a favor de que la realización de auditorías periódicas y su posterior difusión fomenta la mejoría en los resultados de conciliación, evitando con ello errores de prescripción (omisión, duplicidades, discrepancias...). Nuestra experiencia es que el presentar los resultados obtenidos en cada una de las auditorías a los profesionales del servicio permite que estos puedan hacer autocrítica y por tanto plantearse las posibles áreas de mejora, tanto a nivel individual como de forma global.

BIBLIOGRAFÍA

1. Alfaro-Lara E.R, Santos-Ramosa B, González-Méndez A.I, Galván-Banqueria M, Vega-Coca M.D, Nieto-Martín et al. Errores de conciliación al ingreso hospitalario en pacientes pluripatológicos mediante metodología estandarizada. *Revista Española de Geriátria y Gerontología*. 2013;<http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2012.11.011>

Tabla 1. Resultados

| | AUDITORÍA JUNIO | AUDITORÍA DICIEMBRE |
|--|-----------------|---------------------|
| ITEM 1: Medicación habitual recogida en anamnesis | 19/33 -> 57.57% | 26/30 -> 86.67% |
| ITEM 2: Fuente de información | 23/33 -> 69.69% | 25/30 -> 83.33% |
| ITEM 4: Tratamiento habitual recogido en apartado de antecedentes del alta | 17/30 -> 56.67% | 23/28 -> 82.14% |
| ITEM 1=ITEM 4 | 13/30 -> 43.33% | 21/28 -> 75% |
| ITEM 5: Especificar cambios en el tratamiento al alta | 21/30 -> 70% | 21/28 -> 75% |
| Indicador de cobertura | 43,33% | 75% |

V-05 ACTIVIDAD DE UNA CONSULTA DE MEDICINA INTERNA “GENERAL” DE UN HOSPITAL DE ÁMBITO PROVINCIAL

J. Romero León, C. Martínez Mateu, S. Ferrera Murcia, P. Sánchez López, S. López Palmero, F. Díez García

Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Torrecárdenas. Almería

OBJETIVOS

Conocer los motivos de consulta, las pruebas complementarias solicitadas, las actividades realizadas y el destino de los pacientes atendidos en una consulta de medicina interna general de un hospital de ámbito provincial (tipo 1).

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo prospectivo en el que se incluyeron los pacientes valorados en una consulta de Medicina Interna “general” de un hospital de ámbito provincial. Periodo de estudio: Entre el 1 de Marzo y el 30 de Abril de 2015. Los datos obtenidos fueron analizados empleando el programa de análisis estadístico SPSS v.20.

RESULTADOS

Se incluyeron 115 pacientes, 42 hombres (36'5%) y 73 mujeres (63'4%). La edad media fue de 60'7 años (14-93). El 21'5% de los pacientes fueron derivados desde Atención Primaria, el 10'4% derivados desde otros especialistas hospitalarios, el 5'2% derivados desde el servicio de Urgencias, el 9'5% fueron revisiones tras el alta hospitalaria y el 53% estaban citados para revisión o recogida de resultados tras al menos una visita anterior. Los motivos de consulta fueron heterogéneos: Control de factores de riesgo vascular: 13'9%. Enfermedades sistémicas: 12'1% (Lupus Eritematoso Sistémico, uveítis posterior, amiloidosis, síndrome Sjögren, enfermedad de Behçet, síndrome Churg-Strauss, síndrome de Raynaud, sarcoidosis). Insuficiencia cardíaca: 8'6%. Patología del aparato locomotor: 8'6% (polimialgia reumática, osteoartritis primaria generalizada, oligoartritis). Enfermedades infecciosas: 6'9% (TBC latente, neumonía atípica, infección VIH). Pluripatología: 6'9%. Sospecha de neoplasias: 6'9% (síndrome constitucional, LOEs hepáticas, fracturas vertebrales, astenia). Patología neurológica: 6% (vértigo, enfermedad cerebrovascular, disartria). Patología hematológica: 4'3% (síndrome linfadenopático, paraproteinemia de significado incierto, síndrome anémico). Enfermedades congénitas: 4'3% (esclerosis tuberosa, linfagiectasia intestinal primaria, inmunodeficiencia humoral, inmunodeficiencia común variable). Estudio de síndrome febril: 4'3%. Patología digestiva: 3'4% (trastorno de la motilidad esofágica, estudio de dolor abdominal). Patología endocrinológica: 3'4% (adenoma suprarrenal, bocio, hipertiroidismo). Estudio de alteraciones analíticas: 3'4% (ANA+). Enfermedad tromboembólica venosa: 1'7%. Estudio de adenopatías: 1'7%. Lesiones cutáneas: 1'7%. Trastorno de ansiedad: 0'8% En el 35'6% de pacientes se solicitaron pruebas complementarias; la más solicitada fue la radiografía simple de tórax (46'3%), seguida de ecocardiografía (24'3%), electrocardiograma (17'3%), ecografía abdominal (9'7%), monitorización ambulatoria de la presión arterial (9'7%), ecografía doppler renal (7'3%), ecografía cervical (7'3%), TAC craneal (4'8%), RMN cerebral (4'8%), endoscopia digestiva alta y baja (4'8%), otras (21,9%). En el 38'2% se solicitaron determinaciones analíticas y en el 32'4% valoración por otros especialistas. En el 59'1% de los pacientes se reajustó y concilió el tratamiento domiciliario. Se procedió al alta en el 33'9% de los casos. Al 71% se les realizó ecografía cardíaca, hepática y renal con el dispositivo de ecografía portátil VSCAN®, que complementó de modo relevante la exploración física y orientó el diagnóstico.

CONCLUSIONES

El perfil de los pacientes de una consulta de medicina interna "sin perfil definido" de un hospital general es extremadamente heterogéneo y exige la adquisición de competencias polivalentes como las que caracterizan a los internistas. Las principales fortalezas de la consulta fueron el escaso número de revisiones, la conciliación de la medicación en el

acto de la consulta y el uso de un dispositivo de ecografía portátil como extensión de la exploración física del paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ansorena Pool L. *La gestión del paciente ambulatorio. En: López Domínguez O, editor. Gestión de pacientes en el hospital. Barcelona: Olaya; 1997. p. 207-227.*

V-06 PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES EN EL MANTENIMIENTO DE UNA VÍA VENOSA CENTRAL

F. Ruiz Ruiz⁽¹⁾, P. Rodríguez Torres⁽¹⁾, M. Marín Cabañas⁽²⁾, M. Martínez Rísquez⁽⁴⁾, F. Medrano Ortega⁽¹⁾, E. Calderón Sandubete⁽¹⁾, A. Romero Alonso⁽³⁾, I. Marín León⁽¹⁾

⁽¹⁾Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Virgen del Rocío. Sevilla

⁽²⁾Neurología, ⁽³⁾Medicina Interna. Complejo Hospitalario de Especialidades Virgen de Valme. Sevilla

OBJETIVOS

El grupo de trabajo AETSA ha elaborado una guía de práctica clínica (GPC) sobre recomendaciones para el uso de la terapia intravenosa (<http://portal.guiasalud.es/web/guest/gpc-sns>). Se presentan los datos de recomendaciones y calidad de evidencia sobre la prevención de complicaciones en el mantenimiento de la vía.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó una revisión sistemática de la bibliográfica, con búsqueda en MedLine y EMBASE que incluía publicaciones entre Junio de 1991 y Junio de 2012. Se encontraron 321 estudios. De los documentos revisados, sólo se incluyeron en la síntesis de evidencia 2 revisiones sistemáticas de calidad moderada. También se utilizaron 2 documentos de consenso internacionales para elaborar las recomendaciones, que se formularon por el sistema GRADE. Se diferencia entre sugerir (recomendación débil) y recomendar (fuerte). Las recomendaciones y sugerencias son referidas a catéter de inserción venosa central. Las complicaciones que se pretenden son de tipo infeccioso, trombótico y obstructivo.

RESULTADOS

Pregunta 1: ¿Qué pautas de mantenimiento han demostrado ser efectivas al compartir la vía de perfusión, para extracción de muestra o administración de contrastes sin riesgos de complicaciones? Respuesta 1: Tras la toma de muestras se recomienda el lavado de la vía con suero fisiológico en cantidad de, al menos, el doble del volumen del catéter. Pregunta 2: En el paciente que tiene canalizada una vía venosa ¿cada cuánto tiempo debe cambiarse el sistema y las llaves de tres pasos para prevenir la aparición de complicaciones? Respuesta 2: Se recomienda el cambio de llaves y sistemas cada 4-7 días para prevenir

complicaciones en la canalización venosa. Pregunta 3: En el paciente que tiene canalizada una vía venosa, ¿se debe mantener el acceso venoso si no se está utilizando Respuesta 3: Se recomienda que los accesos venosos que no son necesarios se retiren. Pregunta 4: En el paciente que tiene canalizada una vía venosa ¿el uso del conector con válvula de cierre a rosca tipo Luer, es mejor que la utilización de tapones convencionales para prevenir la aparición de complicaciones? Respuesta 4: Se recomienda para el cierre de los puertos de las vía el uso de conectores frente al tapón convencional, aunque debe valorarse su coste. Pregunta 5: En el paciente que tiene canalizada una vía venosa, ¿qué maniobras son eficaces para identificar la oclusión del catéter? Respuesta 5: Se sugiere aspirar la embocadura de los catéteres centrales previo a la infusión de un fluido para comprobar la permeabilidad de la vía.

CONCLUSIONES

La mayoría de recomendaciones se han realizado en base a estándares de buena práctica clínica, ya que se cuentan con muy pocos estudios de calidad en este sentido. Las recomendaciones de los expertos se basaron en balances riesgos-beneficios previsibles, más que en las evidencias. La terapia intravenosa es una intervención muy común y se han identificado áreas de conocimiento huérfanas en cuanto a la toma de decisiones como son: seguridad del paciente, control del dolor durante las intervenciones, tratamiento eficaz para las flebitis secundarias y coste efectividad de nuevos sistemas de

BIBLIOGRAFÍA

1. Grupo de trabajo de la GPC sobre Terapia Intravenosa con Dispositivos no Permanentes en Adultos. *Guía de Práctica Clínica sobre Terapia Intravenosa con Dispositivos no Permanentes en Adultos. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía (AETSA); 2014.*

V-08 PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES ANTES DE CANALIZAR UNA VÍA, ELECCIÓN DE LA MISMA Y PROCEDIMIENTO DE CANALIZACIÓN

P. Rodríguez Torres⁽¹⁾, F. Ruiz Ruiz⁽¹⁾, M. Calero Bernal⁽¹⁾, M. Martínez Rísquez⁽²⁾, A. Romero Alonso⁽¹⁾, F. Medrano Ortega⁽¹⁾, I. Marín León⁽¹⁾ en representación del Grupo de Trabajo A.E.T.S.A.

⁽¹⁾Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Virgen del Rocío. Sevilla

⁽²⁾Servicio de Medicina Interna. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos (Sevilla)

OBJETIVOS

Recientemente se ha publicado una guía de práctica clínica (GPC) realizada por el grupo de trabajo de A.E.T.S.A. y financiada por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad sobre recomendaciones acerca del uso de la terapia intravenosa. Presentamos las recomendaciones y calidad de su evidencia del capítulo sobre planificación de inicio de terapia intravenosa (TIV).

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó una exhaustiva revisión bibliográfica en Medline y EMBASE que incluía publicaciones entre junio de 1991 y junio de 2012. En ella se encontraron 321 estudios descriptivos, analíticos y experimentales, revisiones sistemáticas, otras GPC, opinión de expertos, estándares internacionales de buenas prácticas, protocolos y series de casos. De los documentos revisados, sólo se incluyeron en la síntesis de evidencia 2 revisiones sistemáticas de calidad moderada. Además se utilizaron dos documentos de consensos internacionales para elaborar las recomendaciones, que se formularon por el sistema GRADE. Se diferencia entre sugerir (recomendación débil) y recomendar (fuerte). Se evalúan aspectos relacionados con las precauciones que se deben tomar antes de canalizar una vía, la elección de la vía y el procedimiento de la canalización.

RESULTADOS

-Pregunta(P)-1: ¿Qué solución antiséptica debe utilizarse para preparar el campo antes de la punción para prevenir infecciones asociadas a catéter venoso central (CVC)/periférico? Recomendación(REC)-1: Se recomienda usar clorhexidina alcohólica para la limpieza de la piel antes de la inserción de un catéter venoso.

-P-2: ¿El acceso central yugular tiene menor riesgo de complicaciones que la subclavia, femoral o de inserción periférica en miembros superiores? REC-2: Se recomienda evitar en lo posible el uso de la vena femoral para acceso venoso central en pacientes adultos.

-P-3: ¿Qué número de intentos para canalizar un CVC, se asocia a incremento de las complicaciones? REC-3: Se recomienda que un mismo profesional no realice más de dos intentos de canalización de un CVC en el mismo acto asistencial.

-P-4: ¿Utilizar un tiempo mayor de 25 minutos en el proceso de canalización de un CVC se asocia a incremento en las infecciones, trauma, hemorragia relacionadas con el procedimiento? REC-4: Se sugiere no tardar más de 25 minutos desde la primera punción para canalizar un CVC.

-P-5: ¿La utilización de técnicas de doppler para la localización disminuye el riesgo de complicaciones al canalizar un CVC REC-5: Se recomienda utilizar doppler para insertar un CVC si la técnica está disponible.

-P-6: ¿Son los sistemas para localización de la punta eficaces para prevenir complicaciones relacionadas con CVC? REC-6: Se recomienda realizar prueba de imagen de control tras

la canalización de una vía central, para comprobar la correcta colocación de la punta del catéter.

CONCLUSIONES

1.- La presente guía de práctica clínica ha permitido realizar recomendaciones basadas en calidad moderada sobre los procedimientos relacionados con la canalización de vías venosas centrales y periféricas. 2.- El antiséptico de elección es la clorhexidina, debe evitarse la canalización de la vía femoral y la realización de más de dos intentos por el mismo profesional, siendo aconsejable utilizar apoyo de técnicas de doppler y

BIBLIOGRAFÍA

1. *Grupo de trabajo de la GPC sobre Terapia Intravenosa con Dispositivos no Permanentes en Adultos. Guía de Práctica Clínica sobre Terapia Intravenosa con Dispositivos no Permanentes en Adultos. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía (AETSA); 2014.*

V-09 PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES AL CANALIZAR UNA VÍA: FIJACIÓN Y SELLADO DE LA VÍA Y MEDIDAS SOBRE EL CATÉTER PARA LA PREVENCIÓN DE INFECCIONES

P. Rodríguez Torres⁽¹⁾, E. Pereira Díaz⁽¹⁾, F. Ruiz Ruiz⁽¹⁾, M. Marín Cabañas⁽²⁾, C. Alonso Ortiz del Río⁽¹⁾, E. Calderón Sandubete⁽¹⁾, I. Marín León⁽¹⁾ en representación del Grupo de Trabajo A.E.T.S.A.

⁽¹⁾Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Virgen del Rocío. Sevilla

⁽²⁾Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario de Especialidades Virgen de Valme. Sevilla

OBJETIVOS

Recientemente se ha publicado una guía de práctica clínica (GPC) realizada por el grupo de trabajo AETSA y financiada por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad sobre uso de terapia intravenosa (TIV). Presentamos las recomendaciones y calidad de su evidencia del capítulo sobre planificación de inicio de TIV.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó una exhaustiva revisión bibliográfica en Medline y EMBASE que incluía publicaciones entre junio de 1991 y junio de 2012. En ella se encontraron 321 estudios descriptivos, analíticos y experimentales, revisiones sistemáticas, otras GPC, opinión de expertos, estándares internacionales de buenas prácticas, protocolos y series de casos. De los documentos revisados, sólo se incluyeron en la síntesis de evidencia 2 revisiones sistemáticas de calidad moderada. Además se utilizaron dos documentos de consensos internacionales

para elaborar las recomendaciones, que se formularon por el sistema GRADE. Se evaluaron datos sobre aspectos relacionados con fijación y sellado de la vía y medidas que se deben llevar a cabo para prevenir infecciones.

RESULTADOS

-Pregunta(P)-1: ¿La fijación con puntos de sutura del catéter venoso central(CVC) es más eficaz que con cinta adhesiva estéril para prevenir complicaciones (infección, desplazamientos, flebitis, pérdidas) relacionadas con catéteres centrales. Recomendación(REC)-1: Se recomienda para fijar el catéter utilizar fijación sin sutura.

-P-2: ¿Qué tipos de medidas de desinfección respecto al tapón disminuyen el riesgo de infecciones asociadas a CVC/periféricos? REC-2: Se sugiere sellar con solución de alcohol al 70% en pacientes neutropénicos portadores de CVC no tunelizados de más de un mes de duración. En las unidades en las que hay alta tasa de infecciones relacionadas con catéter, se sugiere sellar con heparina-vancomicina.

-P-3: ¿Es el uso de catéteres impregnados eficaz para prevenir infecciones relacionadas con catéteres centrales? REC-3: Se recomienda usar CVC impregnado con clorhexidina/sulfadiazina de plata o minociclina/rifampicina en pacientes cuyo catéter se espera se mantenga más de 5 días, sólo si en esa unidad no desciende la tasa de infecciones relacionadas con catéter a pesar de una estrategia global de bacteriemia cero.

-P-4: En UCIs con una frecuencia elevada de infecciones asociadas a CVC que ya han implementado las medidas básicas de prevención ¿la limpieza diaria de los pacientes con una solución de clorhexidina, disminuye el riesgo de infecciones asociadas a CVC? REC-4: Se sugiere el aseo de los pacientes con solución de clorhexidina al 2% en UCIs que mantienen alta tasa de infección relacionadas con catéter a pesar de una implantación correcta de estrategias de reducción de bacteriemias.

CONCLUSIONES

1.- La presente guía de práctica clínica ha permitido realizar recomendaciones basadas en calidad moderada sobre los procedimientos relacionados con la fijación y el sellado de la vía y las medidas que se deben llevar a cabo para prevención de infecciones relacionadas con catéteres venosos. 2.- La fijación del CVC debe realizarse sin sutura, el tapón debería sellarse con alcohol al 70% en pacientes neutropénicos y con heparina y vancomicina en unidades con alta tasa de infecciones relacionadas con catéter. Hay que impregnar con antisépticos las puntas de los catéteres venosos centrales que vayan a durar más de 5 días y los pacientes de UCIs con alta prevalencia de infecciones relacionadas con catéter deberían ser aseados diariamente con clorhexidina al 2%.

BIBLIOGRAFÍA

1. Grupo de trabajo de la GPC sobre Terapia Intravenosa con Dispositivos no Permanentes en Adultos. *Guía de Práctica Clínica sobre Terapia Intravenosa con Dispositivos no Permanentes en Adultos*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía (AETSA); 2014.

V-11 MALNUTRICIÓN EN HOSPITALIZACIÓN DE AGUDOS DE MEDICINA INTERNA

A. Agudo Beato, R. Delgado Pérez, E. García Sánchez, R. Criado Pizarro, R. Cortés Peláez, F. Acosta Maestre, N. Navarrete Lorite, F. Garrachón Vallo *Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Regional Virgen Macarena. Sevilla*

OBJETIVOS

Revisar la prevalencia de malnutrición en el área de hospitalización de agudos de Medicina Interna de un hospital de tercer nivel, y su relación con variables demográficas (edad, sexo), dependencia (Barthel) y marcadores analíticos utilizados rutinariamente (albúmina, colesterol total, linfocitos totales).

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional prospectivo. Se han seleccionado pacientes ingresados consecutivamente en el área de hospitalización de agudos de Medicina Interna, entre el 15 de enero y el 1 de marzo de 2015, cuyo estado permitía la obtención de datos y otorgaron su consentimiento informado. El tamaño de la muestra se ha calculado para una prevalencia estimada del 30% de malnutrición, y un porcentaje de reposición del 40%. Se han registrado edad, sexo, índice de Barthel, test de Pfeiffer, escala MNA-SF, albúmina al ingreso, linfocitos totales y colesterol total. Se ha considerado un valor de MNA-SF inferior a 8 como definitorio de malnutrición, entre 8 y 11 de riesgo nutricional y de 12 a 14 como de estado nutricional normal. Para el análisis estadístico se ha usado IBM Statistics SPSS v.22 y los tests de Kruskal-Wallis.

RESULTADOS

Se han recogido 505 casos, de los cuales se han excluido 37 casos por no otorgar consentimiento informado. Los 468 casos analizados (234 mujeres y 234 hombres, 50% en cada grupo) mostraron los siguientes resultados:

CONCLUSIONES

El porcentaje de pacientes malnutridos según la escala MNA-SF es del 18,1 %, inferior al registrado por nosotros utilizando la misma escala en 2013 (30%), mientras que el de pacientes en riesgo (50,5%) es superior al obtenido en ese estudio previo (38%); sin em-

bargo, la suma de los dos (68%) es prácticamente igual al estudio previo. El porcentaje de pacientes que requieren atención nutricional en el área de hospitalización de agudos es, por tanto, del 68%, y se mantiene constante en los últimos dos años. El grado de malnutrición se relaciona significativamente con los índices de Barthel y Pfeiffer, pero es necesario tener en cuenta que la escala MNA-SF incluye entre sus ítems uno relacionado con discapacidad y otro con deterioro cognitivo, lo que podría conferir un sesgo. La relación con la edad podría interpretarse del mismo modo. Es interesante destacar la relación del estado nutricional con los niveles de albúmina al ingreso. La albúmina se considera un marcador de malnutrición pero se ve afectada cuando existe un estado inflamatorio; la determinación precoz podría obviar este inconveniente. Otros marcadores habitualmente utilizados, como el colesterol total y los linfocitos totales, no parecen ser de utilidad en este entorno para discriminar diferentes estados nutricionales.

BIBLIOGRAFÍA

1. *Estudio de la desnutrición en el paciente anciano hospitalizado. Gómez Jiménez FJ, Reche Molina A. Parejo Sánchez MI. Medicina Clínica. 2005 March; 124(11): 437.*

Tabla 1

| | Malnutridos | Riesgo de desnutrición | Normal | p |
|------------|---------------------------|--------------------------|--------------------------|--------|
| Porcentaje | 18,1 | 50,5 | 31,4 | |
| Barthel | 55,8 (45,6-65,1) | 68,3 (63,97-72,63) | 83,53 (79,48-87,59) | < 0.01 |
| Pfeiffer | 4,17 (3,21-5,13) | 2,96 (2,52,-3,4) | 1,91 (1,41-2,40) | < 0.01 |
| Albúmina | 3,61 (3,44-3,78) | 3,77 (3,69-3,85) | 3,91 (3,81-4,01) | < 0.01 |
| Colesterol | 151,43 (159,1-172,77) | 165,98 (159,18-172,77) | 167 (158,04-176,99) | 0,104 |
| Linfocitos | 1415,52 (1170,75-1660,29) | 1187,17 (1075,3-1299,01) | 1300,4 (1139,36-1461,45) | 0,201 |
| Edad | 79,07 (75,85-82,29) | 77,74 (76,01-79,47) | 72,63 (69,98-75,29) | < 0.01 |

V-12 DISFAGIA OROFARÍNGEA EN HOSPITALIZACIÓN DE UNIDAD DE AGUDOS DE MEDICINA INTERNA

R. Delgado Pérez, A. Agudo Beato, E. García Sánchez, R. Cortés Peláez, R. Criado Pizarro, F. Acosta Maestre, M. Navarrete Lorite, F. Garrachón Vallo
Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Regional Virgen Macarena.
Sevilla

OBJETIVOS

La disfagia orofaríngea (DOF) es una patología que frecuentemente pasa desapercibida por los clínicos hasta que no es muy manifiesta pero es una causa importante de morbi-mortalidad. El objetivo de nuestro estudio es revisar la prevalencia de DOF en el área de hospitalización de agudos de Medicina Interna de un hospital de tercer nivel y su relación con variables demográficas (edad, sexo), dependencia (Barthel) y nivel cognitivo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional prospectivo. Se seleccionaron pacientes ingresados consecutivamente en el área de hospitalización de agudos de Medicina Interna, entre el 15 de enero y el 1 de marzo de 2015, cuyo estado permitía la obtención de datos y otorgaron su consentimiento informado. El tamaño de la muestra se ha calculó para una prevalencia estimada del 30% y un porcentaje de reposición del 40%. Se han registrado edad, sexo, índice de Barthel, test de Pfeiffer, escala EAT 10 y síntomas de alarma. Se ha considerado como posible DOF un valor de EAT10 mayor de 3 o la presencia diaria de "síntomas de alarma". A los posibles casos se les realizó un test de volumen-viscosidad (TVV), en que se diferenciaron alteraciones de eficacia y de la seguridad y se reinterrogó sobre alteraciones con consistencias mixtas. Para el análisis estadístico se ha usado IBM Statistics SPSS v.22 y los tests de U de Mann-Whitney y Chi2.

RESULTADOS

Se han recogido 505 casos, de los cuales se han excluido 40 casos por no otorgar consentimiento informado. De los 465 casos presentaron un screening positivo 129 pacientes (27,74%), se realizaron 76TVV y en 53 no se realizó, bien por retirar el consentimiento para su realización, por fallecimiento o por pérdida de seguimiento. De los 76 test realizados, 66 fueron positivos (14,19%) y 10 negativos, sin existir diferencias significativas entre sexos. De los 10 test negativos, 5 (50% de TVV negativos) presentaron síntomas con texturas mixtas. De los 66 pacientes con DOF, 51 pacientes (10,96%) presentaron alteraciones en la seguridad y 20 (4,3%) alteraciones en la eficacia.

CONCLUSIONES

La prevalencia del cribado positivo es del 27,74% y de disfagia orofaríngea del 14,19%. En estos pacientes se debe modificar la dieta y se debe completar el estudio. En el 50% de los

pacientes con cribado positivo y TVV negativo, se detectan síntomas con consistencias mixtas por lo que también hay que remitir a unidades especializadas. Es verosímil suponer que la prevalencia es aún mayor, asumiendo que un porcentaje de pacientes a los que no se les pudo realizar el test por su estado clínico, probablemente presentarían dificultades para una deglución normal. La DOF se relaciona significativamente con el grado de dependencia y con el nivel cognitivo pero no hemos encontrado diferencias con la edad ni con el sexo. Es necesario señalar que tanto el estado funcional y el cognitivo pueden cambiar, por lo que habría que reevaluar a los pacientes si éstos se modifican. Parece necesario incluir en las evaluaciones iniciales de los pacientes ingresados un test de screening de disfagia y completarlo con TVV, modificando la dieta y remitiéndoles a una Unidad Especializada si es posible.

BIBLIOGRAFÍA

1. *Disfagia orofaríngea y broncoaspiración*. Barroso J. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2009;44(S2):22–28.

Tabla 1

| | DISFAGIA: SI | DISFAGIA:NO | p |
|----------|----------------------|---------------------|---------|
| Barhel | 55,59 (47,63-63,56) | 75,93 (73,05-78,81) | p<0.01 |
| Pfeiffer | 5,2(2,98-7,42) | 2,35(2,06-2,64) | p<0.01 |
| Edad | 78,59 (76,29- 80,89) | 75,52(74,11-76,93) | P=0,378 |

V-13 ¿LA UNIDAD DE MEDICINA INTERNA TIENE CRITERIOS IGUALES O DIFERENTES DE INDICACIÓN DE COLONOSCOPIA PARA CRIBADO DE CÁNCER COLORRECTAL QUE EL RESTO DE SERVICIOS MEDICO-QUIRÚRGICOS?

E. Alarcón Manoja⁽¹⁾, E. Miranda Sancho⁽¹⁾, J. Prieto García⁽²⁾, E. Gómez Navarro⁽²⁾

⁽¹⁾Unidad de Medicina Interna. Área de Gestión Sanitaria Campo de Gibraltar. Algeciras (Cádiz)

⁽²⁾Unidad de Aparato Digestivo. Hospital Punta de Europa. Algeciras (Cádiz)

OBJETIVOS

Comparar el número de colonoscopias indicadas por todos los servicios médico-quirúrgicos de un hospital comarcal, excluyendo Medicina Interna, realizadas como cribado de cáncer colorrectal como motivo de derivación, con aquellas indicadas específicamente por la

Unidad de Medicina interna con la misma finalidad. Además, con esos mismos criterios, analizar, en ambos grupos, los diagnósticos endoscópicos más prevalentes, establecer los diferentes grupos de edad y sexo más frecuente, examinar el número de biopsias tomadas y establecer el número de neoplasias avanzadas y colonoscopias sin datos patológicos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional descriptivo transversal, realizado en la Unidad de Gestión de Digestivo del Hospital Punta Europa (Algeciras), que atiende a una población de 167.193 personas, en el que se analizaron todas las colonoscopias realizadas como cribado de cáncer colorrectal, como motivo de derivación, comparando las indicadas por todos los servicios médico-quirúrgicos de un hospital comarcal excluyendo Medicina Interna, con aquellas solicitadas específicamente por la unidad de Medicina interna con la misma indicación, durante el periodo comprendido entre el 1 enero de 1999 y el 31 de diciembre de 2014.

RESULTADOS

El total de colonoscopias indicadas como cribado de cáncer colorrectal fue de 925 (41,6% en varones y 58,4% en mujeres), de éstas las correspondientes al grupo de servicios médico-quirúrgicos excluyendo Medicina Interna (grupo A) fue de 832 (42,7% en varones y 57,3% en mujeres), mientras que las solicitadas por la Unidad de Medicina Interna (grupo B) fue 93 (41,2% en varones y 58,8% en mujeres). El rango de edad más prevalente en ambos grupos fue entre 45-64 años (504 peticiones (60,57%) en el grupo A, frente a 74 (79,57%) en el grupo B). Entre los diagnósticos más prevalentes sobresalieron en ambos grupos el hallazgo de hemorroides (585 (70,31%) en el grupo A y 66 (70,97%) en el B), pólipos adenomatosos e hiperplásicos (266 (31,97%) en el grupo A y 32 (34,4%) en el B), y divertículos (167 en el grupo A (20,11%) y 22 (23,6%) en el B). Se detectó neoplasia avanzada en 9 de los pacientes del grupo A (1,08%) y solo 1 caso en el grupo B (1,07%). No se halló ninguna patología en 67 colonoscopias realizadas por dicha indicación en el grupo A (8,05%) , ni en 8 (8,60%) de las del grupo B. Se tomó biopsia en el 14,3% de las colonoscopias del grupo A y en el 12,3% de las del grupo B y se realizó polipectomía en 237 de los casos del grupo A(28,48%) y en 27 de los casos del grupo B (29,03%).

CONCLUSIONES

En nuestra área sanitaria, no hemos encontrado diferencias significativas en las colonoscopias realizadas en los dos grupos establecidos ni con respecto al sexo ni al rango de edad más prevalente. Los diagnósticos finales más frecuentes también fueron similares, y tampoco se apreciaron diferencias en cuanto a la detección de neoplasias avanzadas, colonoscopias sin hallazgos patológicos, toma de biopsias y polipectomías realizadas. Por lo que finalmente podemos decir, que en el periodo de tiempo analizado, la unidad de medicina interna tiene similares criterios en la indicación de colonoscopia para cribado de cáncer colorrectal que el resto de servicios médico-quirúrgicos.

BIBLIOGRAFÍA

1. C. Thomson, M.T. Botella, M.J. Alcalá, E. Garza, B. Doñate, M. Martínez. Criterios de calidad de la colonoscopia. ¿cómo lo estamos haciendo? *Gastroenterol Hepatol.* 2012;35 (3):155.

V-14 PARACENTESIS PERIÓDICAS EN UN HOSPITAL DE DÍA DE MÉDICO. EXPERIENCIA DE 2 AÑOS

P. Martínez García, R. Criado Pizarro, J. Alegre Herrera, J. Royo Aguado, M. Colmenero Camacho

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla

OBJETIVOS

Recogemos la experiencia durante 2 años de un Hospital de Día de Medicina Interna en la realización de paracentesis evacuadoras de repetición en pacientes con ascitis refractaria sintomática debido a una patología crónica, lo que permite una mejora en la calidad asistencial de estos pacientes, evitando consultas a Urgencias e ingresos hospitalarios.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional descriptivo, en el que se recogieron los datos de todos los pacientes que acudieron al Hospital de Día de Medicina Interna para realizarse paracentesis programadas. Se registró la edad, el sexo, el servicio clínico que remitía al paciente, la etiología subyacente, el número de paracentesis realizadas por paciente, y las complicaciones asociadas.

RESULTADOS

Se recogieron los datos de un total de 80 pacientes durante los años 2013 y 2014, de los cuales un 49% presentaban cirrosis (en su mayoría de origen enólico -20 pacientes-, seguido de hepatopatía por virus C -17 pacientes-), un 46% presentaba una etiología neoplásica, con tumor primario, en su mayoría, de origen pancreático y hepático, con 9 pacientes en ambos casos; seguidos de mama (5 pacientes), ovario (5 pacientes), carcinomatosis peritoneal (4 pacientes) colon (3 pacientes), y linfoma/leucemia y pulmón (con dos pacientes en ambos casos). Un 3% no tenía un diagnóstico establecido, y un 2% de los pacientes presentaban insuficiencia cardiaca como causa principal. En el caso de las neoplasias, la edad media era 65.24 años, con una edad máxima de 95 (Ca colon) y una mínima de 36 (carcinomatosis peritoneal). En el caso de las cirrosis, la edad media era de 62.64 años, con una edad máxima de 83 años, y una edad mínima de 41 años. En total, en el periodo de 2 años recogido se realizaron 294 paracentesis. Las complicaciones presentadas fueron hemoperitoneo en dos pacientes, falleciendo uno de ellos, y requiriendo el segundo ingreso en UCI.

CONCLUSIONES

La actividad realizada en un Hospital de Día de Medicina Interna contribuye a evitar un gran número de ingresos en los pacientes con ascitis refractarias sintomáticas de diversas etiologías, repercutiendo esto positivamente en la calidad de vida del paciente crónico y su familia, mejorando la satisfacción del paciente, y evitando un coste (económico y de recursos materiales y humanos) al sistema; siendo una opción adecuada y eficiente. Por tanto, son necesarias guías de actuación y protocolos de derivación consensuados para que todos los pacientes con ascitis y necesidad de paracentesis periódicas puedan beneficiarse.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gallach M, Perez J, Vergara M, et al. *Análisis de las consultas espontáneas de enfermos cirróticos urgencias y hospital de día de hepatología. Gastroenterol Hepatol. 2011;34(9):599-604.*
2. Vergara Gomez M, Gil Prades M, Dalmau Obrador B, et al. *Unidad de atención continuada y hospital de día como alternativa a la hospitalización convencional: experiencia de 10 años en un hospital comarcal. Gastroenterol Hepatol. 2007;30(10):572-9.*
3. García Ordóñez MA, Vera Carmona A, Saavedra Sierras C, et al. *Polyvalent medical day hospital and patients with chronic multiple conditions. Rev Clin Esp. 2012 Sep;212(8):419-20.*
4. Vergara M, Calvet X. *Introducción. En: Vergara M, Calvet X, editores. Unidad de atención continuada y hospital de día: manejo ambulatorio integral del paciente con patología digestiva. Madrid: Scientific Communication Management S.L.; 2007.p. 7-13.*
5. Escobar MA, García-Egido AA, Carmona R, et al. *Decrease in hospitalizations due to polyvalent medical day hospital. Rev Clin Esp. 2012 Feb;212(2):63-74.*

V-15 INDICACIONES PARA LOS MÉDICOS DE GUARDIA DEL EQUIPO DE MEDICINA INTERNA

M. Moreno Higuera, L. Gallo Padilla, J. Callejas Rubio, L. Guillén Zafra, N. Faro Míguez, M. García Morales, P. Parra Rosado, S. Moya Roldán
Servicio de Medicina Interna. Hospital San Cecilio. Granada

OBJETIVOS

Conocer la prevalencia de pacientes ingresados en nuestro hospital que tienen reflejada en su historia clínica indicaciones para los médicos de guardia de Medicina Interna (MI), referentes a su traslado a Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), realización de maniobras de reanimación cardiopulmonar (RCP) u otras (valoración clínica del paciente, de pruebas complementarias, tratamientos...).

MATERIAL Y MÉTODOS

Se recogieron la edad, el sexo y el servicio a cargo del cual se ingresó el paciente, junto con la presencia o no de dichas indicaciones en la historia clínica de ingreso, en las evoluciones diarias y en las órdenes de enfermería, en un día de guardia seleccionado aleatoriamente. El estudio descriptivo de los datos se realizó utilizando el paquete estadístico SPSS 22.0.0.

RESULTADOS

Se revisaron 183 historias clínicas con los resultados reflejados en la tabla adjunta. En el 14,20% de los pacientes existía alguna indicación para el médico de guardia: en 22 pacientes (12,02%) sobre la indicación o no de RCP, en 9 pacientes (4,91%) con respecto a su traslado a UCI en caso de empeoramiento y en 6 pacientes (3,27%) había constancia del motivo por el que se había solicitado su presencia: valoración clínica del paciente, de resultados analíticos o modificación de tratamiento.

CONCLUSIONES

La información reflejada en la historia clínica sobre posibilidad de traslado a UCI o RCP es insuficiente y en nuestro hospital, la mayoría de las veces, estas decisiones recaen en el médico de guardia. Es necesaria una concienciación de todo el personal médico para evitar esta situación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Montero Ruiz E, Hernández Ahijado C, García Sánchez F, Ramos Ramos JC. Reflexiones sobre el papel del médico en la guardia intrahospitalaria. *Rev Clin Esp.* 2009;209(4):185-8.

V-16 INDICACIONES PARA LOS MÉDICOS DE GUARDIA DE MEDICINA INTERNA: VAMOS POR EL BUEN CAMINO

L. Gallo Padilla, M. Moreno Higuera, J. Callejas Rubio, M. García Morales, C. Fernández Roldán, N. Faro Míguez, L. Guillén Zafra, P. Giner Escobar
Servicio de Medicina Interna. Hospital San Cecilio. Granada

OBJETIVOS

Valorar si existen cambios en los últimos 6 años en las indicaciones realizadas al equipo de guardia de Medicina Interna (MI) en nuestro hospital, con respecto a la realización de maniobras de reanimación cardiopulmonar (RCP), traslado a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) u otras actuaciones solicitadas al médico de guardia (valoración clínica del paciente, de pruebas complementarias o tratamientos).

MATERIAL Y MÉTODOS

Las variables estudiadas fueron la edad, el sexo y el servicio a cargo del cual se ingresó el paciente, junto con la presencia o no de dichas indicaciones en la historia clínica de

ingreso, en las evoluciones diarias y en las órdenes de enfermería, en un día de guardia seleccionado aleatoriamente, en el año 2009 y en el año 2015. El estudio descriptivo de los datos se realizó utilizando el paquete estadístico SPSS 22.0.0.

RESULTADOS

Resultados. Se adjuntan en las Tablas 1 y 2.

CONCLUSIONES

En los últimos años hemos comprobado que existe un aumento de las indicaciones con respecto a realización de RCP o traslado a UCI para el equipo de guardia de MI. Sin embargo, creemos que es necesaria una mayor implicación de los médicos para facilitar estas decisiones y mejorar la atención al paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Montero Ruiz E, Hernández Ahijado C, García Sánchez F, Ramos Ramos JC. Reflexiones sobre el papel del médico en la guardia intrahospitalaria. *Rev Clin Esp.* 2009;209(4):185-8.

Tabla 1. Resultados obtenidos en el año 2009

| Servicio | n | Edad media (años) | Hombres (%) | Mujeres (%) | Pacientes con indicaciones (%) | RCP (%) | UCI (%) | Otras (%) |
|--------------|------------|-------------------|--------------|--------------|--------------------------------|---------------------|------------------|--------------------|
| Oncología | 11 | 60,40 | 81,80 | 18,20 | 9,09 (1/11) | 9,09 (1/11) | 0 (0/11) | 0 (0/8) |
| Neurología | 20 | 73,80 | 10 | 90 | 5 (1/20) | 0 (0/20) | 0 (0/20) | 5 (1/20) |
| Neumología | 20 | 63,60 | 55 | 45 | 10 (2/20) | 0 (0/20) | 0 (0/20) | 10 (2/20) |
| Digestivo | 22 | 70,10 | 54,50 | 45,50 | 4,54 (1/22) | 0 (0/22) | 0 (0/22) | 4,54 (1/22) |
| Cardiología | 22 | 71,40 | 54,50 | 45,50 | 0 (0/22) | 0 (0/22) | 0 (0/22) | 0 (0/22) |
| M. Interna | 75 | 70,86 | 56,9 | 43,1 | 8 (6/75) | 0 (0/75) | 0 (0/75) | 8 (6/75) |
| Total | 170 | 65,60 | 48,40 | 51,60 | 6,47 (11/170) | 0,58 (1/170) | 0 (0/170) | 3,27(6/183) |

Tabla 2. Resultados obtenidos en el año 2015

| Servicio | n | Edad media (años) | Hombres (%) | Mujeres (%) | Pacientes con indicaciones (%) | RCP (%) | UCI (%) | Otras (%) |
|-----------------|------------|-------------------|--------------|--------------|--------------------------------|----------------------|--------------------|--------------------|
| Endocrinología | 3 | 60,33 (46-71) | 66,66 | 33,34 | 0 (0/3) | 0 (0/3) | 0 (0/3) | 0 (0/3) |
| Oncología | 8 | 55,25 (40-77) | 25 | 75 | 0 (0/8) | 0 (0/8) | 0 (0/8) | 0 (0/8) |
| Neurología | 19 | 69,36 (47-88) | 68,43 | 31,57 | 5,26 (1/19) | 12,5 (1/8) | 12,5 (1/8) | 12,5 (1/8) |
| Neumología | 18 | 63,11 (32-87) | 72,23 | 27,77 | 22,22 (4/18) | 5,55 (1/18) | 16,66 (3/18) | 5,55 (1/18) |
| Digestivo | 21 | 72,38 (38-97) | 52,39 | 47,61 | 4,76 (1/21) | 0 (0/21) | 4,76 (1/21) | 0 (0/21) |
| Cardiología | 20 | 71 (43-92) | 50 | 50 | 5 (1/20) | 0 (1/20) | 0 (0/20) | 5 (1/20) |
| M. Interna | 81 | 77,80 (41-95) | 54,33 | 45,67 | 22,22 (18/81) | 22,22 (18/81) | 3,70 (3/81) | 3,70 (3/81) |
| EE. Infecciosas | 7 | 55,57 (27-89) | 85,72 | 14,28 | 0 (0/7) | 0 (0/7) | 0 (0/7) | 0 (0/7) |
| EE. Sistémicas | 6 | 74,33 (67-79) | 66,66 | 33,34 | 16,66 (1/6) | 16,66 (1/6) | 16,66 (1/6) | 0 (0/6) |
| Total | 183 | 71,87 | 55,74 | 44,26 | 14,20 (26/183) | 12,02(22/183) | 4,91(9/183) | 3,27(6/183) |

V-17 ACTIVIDAD REALIZADA EN UN HOSPITAL DE DÍA DE MEDICINA INTERNA

N. Faro Míguez, L. Guillén Zafra, M. Moreno Higuera,
C. Suárez-Bustamante Ontalva, L. Gallo Padilla, S. Leyva Espadafor,
A. Fernández Caro, M. Carado Rodríguez
Servicio de Medicina Interna. Hospital San Cecilio. Granada

OBJETIVOS

Describir la actividad asistencial realizada en el hospital de día (HdD) de Medicina Interna (MI) durante el año 2014.

MATERIAL Y MÉTODOS

Las variables estudiadas se recogieron a partir de la base de datos informática gestionada por enfermería: número de pacientes, cita nueva/continuidad, asistencia urgente/programada, servicios de procedencia, tratamiento administrado y procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos realizados. El estudio descriptivo de los datos se realizó utilizando el paquete estadístico SPSS 22.0.0.

RESULTADOS

Se atendieron 3.395 pacientes (media 13,47/día). De ellos: un 15,12% eran nuevos y un 84,89% de continuidad; y un 16,15% eran asistencia urgente y un 83,85% programada. Los pacientes atendidos por servicios de procedencia se describen en la Tabla 1. Se realizaron 7.711 procedimientos (media 30,59/día), con un total de 2.781 tratamientos administrados, que se exponen en las Tablas 2 y 3, respectivamente.

CONCLUSIONES

La actividad asistencial realizada en el HdD de nuestro hospital es muy importante, sirviendo de gran apoyo diagnóstico-terapéutico en la práctica diaria de MI y otras especialidades, de una forma rápida y eficaz.

BIBLIOGRAFÍA

1. *Hernando Ortiza L, Hinojosa Mena-Bernalb C, González Sarmientoc E, González Guilabertb I, Arana RuizJ, et al. Rentabilidad de un hospital de día: análisis de actividad, coste y eficacia. Gac Sanit. 2012;26(4):360-5.*
2. *García Ordóñez MA, Moya Benedicto R, Villar Jiménez J, Sánchez Lora FJ. Hospital de día médico como alternativa a la hospitalización convencional en un servicio de medicina interna de un hospital comarcal. An Med Interna.2007;24(12):613-4.*

V-18 PERFIL CLÍNICO DE LOS PACIENTES CON INFECCIÓN DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

S. De La Rosa Riestra, J. Ramos Clemente Romero, P. Massi Aguirre, M. Romero Jiménez, E. Gutiérrez Cortijo, D. León Jiménez, A. Merlo Serrano, A. Hidalgo Castellón

Servicio de Medicina Interna. Hospital Comarcal Infanta Elena. Huelva

OBJETIVOS

Conocer los síntomas y signos clínicos que presentan los pacientes que sufren infección en SNC , y como es la evolución de estos durante su ingreso.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio observacional descriptivo en el que se han recogido información en historia digital de todos los pacientes a los que se les realizó punción lumbar durante 2014 en nuestro hospital ,que ha sido un total de 57. De ellos se seleccionaron a aquellos en los que se confirmó la infección del sistema nervioso central, que han sido 11 casos y se han descrito las características durante su ingreso. Se emplearon las siguientes variables: sexo, edad, días de ingreso, infección del sistema nervioso central (SNC), factores de riesgo, mortalidad, factores de riesgo de infección, complicaciones, ingreso en UCI y diagnóstico. El análisis se efectuó mediante programa SSPS con media para las cuantitativas y porcentajes para las cualitativas. Se comprobaron condiciones de aplicación.

RESULTADOS

Inicialmente se sospechó infección del SNC en 40 pacientes de los que se confirmó en 11 (5 mujeres y 6 hombres), con una media de edad de 48,45 años. Como factores posiblemente asociados a la infección se ha identificado: VIH,VHB, UDVP, DM; hepatopatía, tabaco, presencia de meningioma, sinupatía crónica, infección en área ORL aguda, desnutrición, neumonía. De los 11 casos 4 han sido de etiología bacteriana y 7 vírica. En los casos de meningitis bacteriana se ha identificado como agente etiológico responsables: criptococo neoforman, listeria, neumococo, bacilo de Koch. Los días de estancia hospitalaria media han sido de : 19,11 días, Las complicaciones que se produjeron asociadas a la meningitis más comunes fueron: crisis comicial en el 27,3% , sepsis en el 9% y neumonía nosocomial en el 9%. Se produjeron 4 casos (el 36,3% del total) de ingreso en UCI cuya causas fueron: hiponatremia severa, sepsis y disminución del nivel de conciencia que preciso ventilación mecánica invasiva. No se produjo ninguna mortalidad durante este ingreso.

CONCLUSIONES

La mayoría de los pacientes con infección del sistema nervioso central tienen una edad media con una distribución por género similar, identificándose multitud de factores pre-disponentes, desde inmunosupresión, infecciones en otras localizaciones hasta consumo

tabáquico. La estancia media fue inferior al mes. La etiología mayoritaria es la vírica sin asociarse a mortalidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Shute ES, Lucas MJ, Brouwer MC, et al. Cerebral infarction in adults with bacterial meningitis. *Neurocrit Care* ; 16:421.

V-19 ¿PARA QUÉ REALIZAMOS UNA PUNCIÓN LUMBAR?

S. De la Rosa Riestra⁽¹⁾, M. Sáenz de Tejada López⁽¹⁾, J. Ramos Clemente Romero⁽¹⁾, M. Romero Jiménez⁽¹⁾, D. León Jiménez⁽¹⁾, A. Domínguez Teba⁽²⁾, J. Fernández Soto⁽¹⁾, C. Magro Fernández⁽¹⁾

⁽¹⁾Servicio de Medicina Interna, ⁽²⁾Servicio de Urgencias. Hospital Comarcal Infanta Elena. Huelva

OBJETIVOS

Determinar y describir las situaciones patológicas consideradas como necesaria para la realización de una punción lumbar en nuestro hospital.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio descriptivo observacional. Se ha recogido información de todos los pacientes a los que se les realizó punción lumbar durante 2014 en nuestro hospital (que han sido 57 casos) y se han descrito las sospechas diagnósticas por las que se decide realizar esta prueba. De entre los pacientes en los que la sospecha era infección en el SNC se ha descrito las características clínica que presentaban .Finalmente se describen cuáles fueron los diagnósticos en aquellos casos en los que se presentaba sospecha de infección en SNC y no se confirmó. Variables: síntomas clínicos, signos clínicos, sospecha inicial, diagnóstico confirmado tras realizar punción lumbar. Se emplearon porcentajes para su descripción y posterior análisis mediante programa estadístico SPSS.

RESULTADOS

En el año 2014 en el HIE se han realizado 54 punciones lumbares (PL): 40 casos sospechando infección del SNC y 14 casos sin sospecha. En estas PL sin sospecha de infección en SNC las causas fueron: esclerosis múltiple (17,5% de los casos), Síndrome de Guillan Barre(5%); hidrocefalia normotensiva del adulto (2,5%). Y entre los pacientes en los que sospechamos una infección en el SNC el síntoma más frecuente fue: fiebre (presente en el 62,5% de los pacientes), el segundo más frecuente la focalidad neurológica (57,5%) , el tercero la cefalea (42,5%), el cuarto disminución del nivel de conciencia (6%). otros síntomas fueron la rigidez de nuca, la presencia de

nauseas o vómitos y las alteraciones cutáneas inespecíficas (presentes en el 10;12,5 y5% respectivamente). De los síntomas, hallamos la fiebre en un 30% y de los signos, el 10% presentaron rigidez de nuca. De estos 40 casos en los que sospechamos la infección se ha confirmado el 27.5%. Entre los casos en los que no se confirma los diagnósticos más frecuentes fueron: síndrome febril sin foco en otras localizaciones: 41,4% ; AVC: 17,24% de los casos y disminución de conciencia por consumo de tóxicos: 10,34%. En ningún caso se produjo complicación infecciosa en el lugar de punción tras la realización de la PL.

CONCLUSIONES

Las punciones lumbares realizadas fueron principalmente ejecutadas para el diagnóstico de infección del sistema nervioso central, aunque la mayoría no se confirmó, siendo la causa más frecuente la fiebre sin foco en otras localizaciones. El otro uso más frecuente de la punción lumbar fue para el diagnóstico de esclerosis múltiple.. Llama la atención que la rigidez de nuca que es tan buscada en la exploración clínica y tan típica solo aparezca en el 10% de los pacientes mientras la presentación clínica de fiebre más cefalea sigue estando presente en un tercio de los pacientes en los que hemos sospechado la infección, como cabría esperar es un porcentaje importante de pacientes en los que se produce. No se produjeron complicaciones tras punción lumbar.

BIBLIOGRAFÍA

1. Nakao JH, Jafri FN, Shah K, Newman DH. Jolt accentuatioun of headache and other clinical sings: por predictors of meningitis in adults. Am J Emerg med 2014; 32:24.

Enfermería

ENF-03 LA GÉNESIS DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN EN CUIDADOS. CONSOLIDACIÓN DEL DIRAYA DE ATENCIÓN HOSPITALARIA (DAH)

M. M. Luque Mérida, L. Ciuro Cerezo, S. García Matez

Hospital Virgen de la Victoria de Málaga

OBJETIVOS

Determinar el nivel de implantación del DAH en la Unidad de Medicina Interna del Hospital Virgen de la Victoria. Identificar las fortalezas del modelo de implantación elegido para el centro.

METODOLOGÍA

Se van a analizar los registros de DAH desde el momento de la implantación (marzo de 2013) hasta la actualidad. Para ello se explotará el módulo de Sistemas de Información, de la Estación de Cuidados, cuyos datos se cruzan con la explotación de CMBD (episodios de ingreso y alta). Las variables de referencia –criterios mínimos asociados al uso adecuado de la historia digital– serán el porcentaje de Valoraciones Iniciales (VI), Planes de Cuidados (PC) e Informes de Cuidados al Alta (ICA). Los cuidados están asociados a una ubicación, no a una UGC, ya que los pacientes se ingresan no solo por criterios de especialidad sino de disponibilidad de cama. La fase de consolidación y desarrollo ha recaído sobre un grupo multiprofesional con apoyo externo. En lo que se refiere a la Estación de Cuidados, se ha creado una unidad de apoyo que trabaja con los referentes de cuidados por unidad (coordinadores o supervisores), orientado a optimizar la facilidad de manejo, la adecuación a las necesidades de atención y la gestión de incidencias.

RESULTADOS

Del total de episodios contemplados en el periodo fue de 4535. Y el porcentaje de cumplimiento por variable fue:

Tabla 1

| | VI | PC | ICA |
|------|-------|-------|-------|
| 2013 | 98,9 | 96,6 | 68,35 |
| 2014 | 94,90 | 92,63 | 75,42 |
| 2015 | 96,90 | 94,61 | 74,88 |

CONCLUSIONES

Los datos obtenidos demuestran una cumplimentación elevada y consolidada en el tiempo, con un nivel superior a la media de los hospitales del mismo nivel. El modelo de implantación elegido, con la persistencia de un equipo multiprofesional y el desarrollo de una unidad de soporte de cuidados que colabora con los gestores de cuidados ha sido un éxito. Pero lo que hay que destacar por encima de todo es la implicación y la responsabilidad de los profesionales de la unidad que pese a los problemas inherentes a la puesta en marcha de un nuevo proyecto y la situación de crisis han dado una respuesta por encima de las expectativas más exigentes.

ENF-13 PREVALENCIA: ANSIEDAD R/C HIPERGLUCEMIA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS CON DIABETES MELLITUS (DM) TIPO 2

F. Campos López, M. C. Dorado Guzmán, J. M. Ballesteros Chavarria
Diplomado Universitario en Enfermería. Hospital de Osuna (Sevilla)

INTRODUCCIÓN

La hiperglucemia es una de las complicaciones agudas frecuentes durante la hospitalización, considerándose un «mal menor», sin embargo, conlleva a originar estados emocionales como la ansiedad, en la mayoría de las personas con DM tipo 2, alterándose sus valores glucémicos, generando estrés emocional y ansiedad durante su estancia, por la dificultosa adaptación previa a un estilo de vida saludable poco acostumbrado.

OBJETIVOS

Conocer prevalencia de ansiedad sentida y manifestada por paciente con DM tipo 2. Sensibilizar a los profesionales de enfermería implicados sobre la importancia de considerar los aspectos psicoemocionales para mejorar el control de la diabetes y proceso agudo durante su hospitalización.

METODOLÓGÍA

Estudio descriptivo transversal, muestra no probalística, realizado mediante un muestreo por conveniencia de 50 pacientes, Entre 12/ 2014 – 03/2015 con diagnóstico de DM tipo 2. La ansiedad se midió con la escala de Goldberg. Para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS.15. Recopilación de valores glucémicos preprandiales durante tres días consecutivos.

RESULTADOS

El Promedio de edad fue 75.24 años, 25% de cada sexo. En relación al nivel de ansiedad el sexo femenino sobresale con un estado de ansiedad alto de 72% frente al 52% en el sexo masculino. El 64% de los pacientes que presentaron puntuación ≥ 4 en la escala de

Goldberg, las glucemias preprandiales del almuerzo estaban por encima de 180mg/dl a 250mg/dl en un 31.25% y las preprandiales de la cena en un 28.12%. Los valores glucémicos basales no presentan relación significativa con puntuación de ≥ 4 .

CONCLUSIONES

Con nuestro estudio demostramos que los pacientes con DM tipo2 son afectados de manera importante por los aspectos emocionales como la ansiedad, encontrando en nuestros resultados que las mujeres presentan niveles de ansiedad en mayor cantidad que los hombres. Para detectar y controlar la ansiedad de estos pacientes la atención integral es necesaria. La intervención por parte del equipo de enfermería implica la necesidad de entrenar a los profesionales de enfermería en técnicas de comunicación, de entrevista motivacional y de recomendaciones, así como el reconocimiento de los problemas psicológicos específicos mediante un enfoque formal y estructurado.

PALABRAS CLAVES

Enfermería, ansiedad, paciente, Diabetes Mellitus tipo2.

ENF-14 CARACTERIZACIÓN DE LOS PACIENTES EN ATENCIÓN COMPARTIDA ENTRE EQUIPO DE SOPORTE DE CUIDADOS PALIATIVOS Y ATENCIÓN PRIMARIA EN UNA ZONA RURAL Y UNA ZONA URBANA DE HUELVA

M. E. Macías Colorado⁽¹⁾, R. Pérez Espina Rosa⁽²⁾, S. García Navarro⁽³⁾

⁽¹⁾Enfermera Gestora de Casos Comunitaria UGC Ayamonte (Huelva)

⁽²⁾Enfermera Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos. Complejo Hospitalario Universitario de Huelva

⁽³⁾Enfermera Gestora de Casos Comunitaria UGC Los Rosales. Huelva

OBJETIVOS

- Describir las características de los pacientes incluidos en el Proceso Cuidados Paliativos atendidos en coordinación entre Atención Primaria y el ESCP.
- Detectar si existen diferencias entre una zona rural y una zona urbana.

METODOLOGÍA

Estudio observacional descriptivo transversal. Población de estudio: pacientes incluidos en CP y fallecidos desde Enero 2011, fecha de implantación de los ESCP, hasta el 31 de Marzo de 2015, pertenecientes a la UGC de Ayamonte (zona rural) y UGC de Los Rosales (zona urbana), en la provincia de Huelva. Variables analizadas: días de permanencia en el proceso, lugar del fallecimiento (hospital o domicilio), sexo, edad y año de fallecimiento. Se compararon los datos obtenidos entre ambas zonas de estudio. Se utilizó el programa de análisis estadístico SPSS 15.0.

RESULTADOS

-No se observan diferencias significativas respecto a la media de edad y a la media de días de permanencia en el Cuidados Paliativos entre el medio urbano y el rural.

-Fallecieron más hombres del medio rural que del urbano y un mayor porcentaje de mujeres del medio urbano que del rural.-Aumentaron los fallecimientos en domicilio en medio rural tras implantación del modelo.-En el medio rural fallecen más hombres y mujeres en el domicilio mientras que el número de fallecidos en el hospital es superior en la zona urbana.

-En conjunto fallecen más mujeres en el hospital que en el domicilio.

-Para menos de 30 días de permanencia, hombres y mujeres del medio rural fallecen en su casa en mayor porcentaje que los del medio urbano. Entre 31 y 90 días disminuye considerablemente el porcentaje de mujeres del medio urbano que fallecen en domicilio. La mayoría de hombres y mujeres del medio rural que estuvieron en programa entre 91 y 180 días, fallecieron en domicilio. Un 57,1 % de las mujeres urbanas que llevaban en programa más de 181 días fallecen en domicilio; de los hombres el 33,3 % pertenecían al medio urbano y el 13% al rural.

-Un mayor porcentaje de hombres y mujeres del medio rural fallecen en el domicilio en edades comprendidas entre 76 y 85 años comparados con los fallecidos en medio urbano. En el medio rural, el 100% de hombres y mujeres de más de 85 años fallecieron en domicilio, siendo en el medio urbano un 60% de las mujeres murieron en su domicilio.

CONCLUSIONES

-La accesibilidad y cercanía al hospital favorecen el fallecimiento en el hospital en el medio urbano. -La edad y el sexo pueden ser factores determinantes del lugar de fallecimiento. -Se intuye la existencia de otros factores como el cansancio de los cuidadores, apoyo familiar, red social...que influyen en el lugar de fallecimiento relacionado con la permanencia en el proceso.

ENF-25 OPTIMIZACIÓN EN LOS CUIDADOS ENFERMEROS AL PACIENTE PALIATIVO DURANTE SU INGRESO HOSPITALARIO

R. Pérez Espina⁽¹⁾, C. Ramos Pichardo⁽¹⁾, A. Rosado Suárez⁽²⁾

⁽¹⁾Enfermera del Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos del Complejo Hospitalario Universitario de Huelva

⁽²⁾Enfermera de la Unidad de Cuidados Paliativos del Complejo Hospitalario Universitario de Huelva

INTRODUCCIÓN

Al objeto de facilitar la adaptación del paciente paliativo y su familia al entorno hospitalario, y optimizar así los cuidados ya planificados, Enfermería del Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos junto con Enfermería de la planta de hospitalización (Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital de referencia) elaboró un protocolo de actuación.

OBJETIVOS

- Continuar prestando cuidados competentes y adaptados a las necesidades bio-psico sociales y espirituales de la unidad paciente-familia.
- Abordar de forma conjunta los afrontamientos individuales.
- Adecuar la atención al duelo anticipado.
- Planificación conjunta del alta en caso de que esta se produzca.

METODOLOGÍA

Se realizaron reuniones de trabajo para crear un protocolo de actuación, interviniendo en ellas las enfermeras de ambos dispositivos asistenciales.

RESULTADOS

Al ingreso del paciente en la unidad, la enfermera del Equipo de Soporte presenta el caso a la enfermera referente de la unidad hospitalaria, así como al paciente y familiar que le acompaña. Se realizan sesiones clínicas semanales (actualmente Jueves a primera hora de la mañana) en las que se comparte información relevante sobre la evolución, afrontamientos individuales, estrategias conjuntas a seguir y toma de decisiones consensuadas para abordar los afrontamientos inefectivos. En caso de alta domiciliaria se realiza una planificación conjunta de la misma, para posterior seguimiento coordinado con enfermería de Atención Primaria.

CONCLUSIONES

Con este protocolo de actuación conjunta se facilita la adaptación del paciente y su familia al proceso de enfermedad y muerte durante el ingreso hospitalario. La percepción del paciente y familia en cuanto a la calidad en los cuidados recibidos, se ve aumentada considerablemente. Se garantiza la continuidad de los cuidados al alta.

ENF-27 EVOLUCIÓN DE INCIDENTES DE SEGURIDAD COMUNICADOS EN LA UGCI DE MEDICINA INTERNA

M. T. Moyano París, M. P. Piña Fernández, M. F. León Gómez,
E. D. Sánchez Rodríguez. F. M. Jiménez Gutiérrez

Hospitales Universitarios, Regional y Virgen de la Victoria de Málaga

OBJETIVOS

Analizar los tipos de incidentes de seguridad comunicados por la UGCI de Medicina Interna de los Hospitales Universitarios, Regional y Virgen de la Victoria de Málaga desde mayo de 2013 a abril de 2015. Mejorar la Implementación de las áreas de mejoras en relación al grado del daño y la probabilidad en la incidencia de los eventos adversos notificados.

JUSTIFICACIÓN

De acuerdo con la Estrategia para la Seguridad del Paciente, el sistema de notificación, alojado en el Observatorio permite la comunicación y el registro de incidentes, eventos, circunstancias o errores que afectan a la seguridad de los pacientes. El análisis de los incidentes notificados, estará dirigido a la mejora de la seguridad del paciente y servirá para mejorar la seguridad en la atención sanitaria.

MÉTODO

Revisión del registro informático de incidentes de seguridad de la Consejería de Salud, en el periodo de mayo de 2013 a mayo 2015

Resultados. Las caídas representaron la principal causa (26%), seguido de las úlceras por presión (18%) y las infecciones nosocomiales (11,5%). Se observa un cambio en la notificación de incidentes, de manera que las caídas fueron la causa mayoritaria (56%) en el periodo 2013-2014, mientras que en 2014-2015 destacaron las úlceras por presión (26%), las infecciones nosocomiales (16%) y las caídas (14%).

CONCLUSIONES

1. Las caídas, las infecciones nosocomiales y las úlceras por presión son las principales incidentes de seguridad registrados en pacientes atendidos en la UGCI de Medicina Interna.
2. La mayoría de los incidentes son comunicados por la enfermería.
3. Existe una marcada variabilidad en el número de incidentes registrados en los diferentes centros de la UGCI, lo que sugiere una importante infranotificación de los mismos.
4. La inclusión de los incidentes de seguridad entre los objetivos individuales y la realización de reuniones formativas sobre seguridad pueden mejorar la calidad de los registros.

ENF-39 ALGORITMO EN LA TOMA DE DECISIONES EN UN CONFLICTO ÉTICO EN ESTADO VEGETATIVO PERMANENTE

A. Pereles Pérez, J. Horta Portillo, C. Carrasco Santos, M. T. Márquez González, M. I. Barreno Salas, I. Macías Vázquez

UGC Medicina Interna. Hospital Vázquez Díaz. Huelva

OBJETIVO

Elaborar una guía de actuación en forma de algoritmo, para agilizar y optimizar la toma de decisiones en los casos que generen dudas desde el punto de vista ético, en personas con Estado Vegetativo Permanente.

METODOLOGÍA

-Revisión bibliográfica relevante sobre temas: Limitación esfuerzo terapéutico, conflicto ético y estado vegetativo permanente.

-Estudio en profundidad de la historia clínica del paciente, de las observaciones de enfermería, de la experiencia, emociones y dificultades del equipo de enfermería expresadas durante el proceso.

-Reflexión sobre los hallazgos en el equipo y diseño del algoritmo de toma de decisiones.

CONCLUSIONES

Es una obligación ética, legal y deontológica realizar limitación del esfuerzo terapéutico en pacientes que cumplan criterios para ello. La complejidad en la toma de decisiones en estos casos necesita un ejercicio continuo y creativo de responsabilidad que genere herramientas que faciliten la deliberación moral en el equipo.

ENF-41 OPTIMIZACION DE LOS RECURSOS SOCIOSANITARIOS: IMPACTO POSITIVO EN LA ESTANCIA MEDIA HOSPITALARIA, LA CONTINUIDAD DE CUIDADOS DEL PACIENTE PLURIPATOLÓGICO FRÁGIL AL ALTAY SALUD DEL CUIDADOR PRINCIPAL

I. Jiménez Carrión, E. Blanco Reina, R. Jaramillo Lugo, M.S González González , M. A. Guevara Marcos, R. Castro Soriano, Dolores Brenes Pérez, M.L. Jiménez Méndez

Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla

OBJETIVO

Actualmente hay un incremento en la población de pacientes pluripatológicos frágiles, que requieren atención domiciliaria al alta, que pueden estar asociados a necesidades relacionadas con recursos materiales, apoyo social y/o asistencial. Así mismo se detecta

un gran número de cuidadores principales informales, en un mayor porcentaje con perfil de mujer familiar directo, que realizan funciones de suplencia para las actividades de la vida diaria del paciente. Cuidadores con problema de salud físico y/o psicológico, en la mayoría de los casos, relacionado con el diagnóstico “Cansancio del Rol del Cuidador. Nuestro sistemas sanitario dispone de recursos de apoyo para el paciente y la familia, como son las Enfermeras Gestora de Casos Hospitalaria, la Unidad de Trabajo Social y la Unidad de atención al cuidador, que permite dar una cobertura adecuada a la demanda de la población. La gestión adecuada de los de estos recursos sociosanitarios, ha demostrado ser la clave para:

- La disminución de la estancia media
- Disminución de ingresos de ingresos evitables
- Impacto positivo en la salud del cuidador principal.

METODOLOGÍA

1. Información y formación al personal de enfermería, de los recursos que dispone el hospital y el objetivo de la unidad de atención al cuidador, la enfermera gestora de casos y la unidad de trabajo social, mediante talleres formativos. 2 Creación de protocolos para la derivación en los tras casos, Gestión de Casos, Trabajo social y Atención al cuidador 3 Formación de sobre los protocolos, circuitos y criterios de inclusión, que capaciten a los profesionales, para incrementar captación y derivación del paciente pluripatológicos frágil al alta y al cuidador principal caso de necesidad. 4 Inclusión en los objetivos individuales, del acuerdo de gestión de todos los profesionales de enfermería.

RESULTADOS

El 100% los profesionales de la UGC de MI, han realizado la formación. Se ha incrementado en el ejercicio 2014 con respecto al 2013, las derivaciones a las Enfermeras Gestora de Casos, en un 53.5%, con un impacto positivo sobre la estancia media y los reingresos, especialmente en pacientes de la zona rural. Respecto a la Unidad de Trabajo Social las derivaciones se han incrementado en un 10%, y a la Unidad de Atención al Cuidador 16%.

CONCLUSIONES

La formación de los profesionales de enfermería sobre los objetivos de los recursos disponibles y su vinculación a los objetivos individuales, ha generado un sentimiento de pertenencia y responsabilidad social corporativa, que ha redundado en una mejora de calidad asistencial, la continuidad de los cuidados, reingresos evitables y disminución de la estancia media.

ENF-48 BLOG: “APRENDIENDO A CUIDAR”. UN EJEMPLO DE TIC QUE MEJORA DE LA EFICIENCIA DEL SECTOR SANITARIO

N. García-Gallardo⁽¹⁾, C. Zamora-Ruiz⁽¹⁾, M. Leyva Grande,⁽²⁾ R. Tirado-Miranda⁽³⁾

⁽¹⁾Enfermera UGC Medicina Interna, ⁽²⁾Coordinador UGC Medicina Interna,

⁽³⁾Jefe Servicio UGC Medicina Interna. Hospital Comarcal Infanta Margarita. Cabra (Córdoba)

OBJETIVOS

El objetivo principal del IV Plan Andaluz de Salud 2013 -2020, se centra en reducir la desigualdad y permitir que las personas vivan más años y con más calidad y autonomía; previniendo y promoviendo que las personas con discapacidad y en situación de dependencia, conserven el máximo tiempo posible las aptitudes para las actividades básicas de su vida diaria; protegiendo la salud de las personas ante los efectos de la globalización y de los nuevos riesgos ambientales y alimentarios; luchando contra las desigualdades sociales, sobre todo, las que tienen un gran impacto en la salud, como la pobreza, la exclusión social, el desempleo o el nivel educativo; fortaleciendo el sistema sanitario público a través de alianzas entre profesionales y ciudadanía; generando el conocimiento y las nuevas tecnologías como aspectos clave para la mejora de la salud de la población. Pues bien, nuestro proyecto, tiene como objetivos, centrándonos en la atención a personas dependientes, alcanzar lo anteriormente expuesto, mediante la educación y formación del cuidador en conocimientos y habilidades, que le permitan desarrollar con independencia las técnicas necesarias para un cuidado idóneo de la persona que atiende, fomentando en esta última el autocuidado mientras sea posible. También administraremos las herramientas necesarias para orientar y apoyar al cuidador en su labor, ofreciendo, un servicio interactivo donde responder a todas las inquietudes, dudas, sugerencias, información adicional, problemas, etc...., estableciendo así un canal de comunicación bidireccional donde la EpS sea el motor principal de esta relación. Divulgaremos la existencia de esta iniciativa para mejorar la calidad de la asistencia en el propio domicilio, reducir la carga asistencial a nivel hospitalario y el gran número de reingresos que en personas de estas características, normalmente pacientes polipatológicos, ocurren con mayor frecuencia.

METODOLOGÍA

La herramienta que vamos a utilizar para la consecución de nuestros objetivos está basada en el papel que las tecnologías de la información y la comunicación (TICS), han adquirido como ejemplo de mejora de la eficiencia del sector sanitario. Aprovechando las oportunidades que ofrecen y analizando en qué condiciones es más apropiado usarlas, hemos creado este Blog dentro del marco de la UCG de Med. Int. del Hospital Infanta Margarita, de Cabra, a través del cual tanto profesionales como usuarios nos enriqueceremos mutuamente y

aprovecharemos como canal de comunicación para realizar intercambios de información y compartir conocimientos, aptitudes y habilidades. El blog está conformado en dos partes, una estática, donde se ofrece una amplia información escrita, con imágenes y vídeos, sobre la atención a personas dependientes, al que el usuario puede acceder fácilmente, ya que el menú es muy intuitivo; y otra parte, más dinámica, en la que se puede contactar con el profesional sanitario y también estar al día de los últimas novedades, cursos, talleres, noticias, enlaces de interés, etc... relacionadas con la salud.

RESULTADOS

Aunque es aún muy pronto, por la juventud del proyecto, esperamos de esta herramienta, un torrente de información bidireccional donde el profesional sanitario y el cuidador estén siempre en contacto directo. Surgirá así, un incremento del número de cuidadores que demanda información y formación para mejorar conocimientos y habilidades en las técnicas asistenciales básicas. Una mayor demanda de asistencia a talleres de información, formación y apoyo. Un incipiente número de consultas y resolución de dudas. Y por tanto, la consolidación de conocimientos y mejora de la autonomía y de la calidad de vida de las personas dependientes y de la de sus cuidadores.

CONCLUSIONES

Si bien es importante el ahorro en tiempos, recursos humanos y recursos materiales, no es menos cierto que una intervención por parte de la Administración para desarrollar proyectos de educación y difusión de conocimientos sanitarios, que permitan a la población cuidar en sus domicilios a pacientes dependientes (pacientes crónicos y polipatológicos), es una práctica que aporta calidad en los cuidados de dichas personas, aumento en su calidad de vida; ayuda física y psicológica para los cuidadores, con su consiguiente mejora en la calidad de vida; disminución del número de ingresos; disminución del número de reingresos; disminución del colapso asistencial que en muchos centros sanitarios supone este tipo de pacientes. Se requiere ayuda en la divulgación de estas herramientas en un momento socioeconómico en el que cualquier iniciativa requiere esfuerzo y apoyo económico. Se requiere una mayor concienciación y participación del personal sanitario para trabajar en el día a día con estos cuidadores, siendo conscientes del sobreesfuerzo añadido que supone a este gremio, que en el momento actual ya está bastante saturado.

ENF-49 MANUAL “PERSONAS CUIDANDO DE PERSONAS”: MEJORA DE LA CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE CRÓNICO (PERSONA DEPENDIENTE) Y SU CUIDADOR EN EL DOMICILIO

N. García-Gallardo⁽¹⁾, C. Zamora-Ruiz⁽¹⁾, M. Leyva Grande,⁽²⁾ R. Tirado-Miranda⁽³⁾

⁽¹⁾Enfermera UGC Medicina Interna, ⁽²⁾Coordinador UGC Medicina Interna,

⁽³⁾Jefe Servicio UGC Medicina Interna. Hospital Comarcal Infanta Margarita. Cabra (Córdoba)

OBJETIVOS

Reforzar el cuidado integral de la persona dependiente en su domicilio. Educar y formar al cuidador en conocimientos y habilidades que le permitan desarrollar con independencia las técnicas necesarias para un cuidado idóneo de la persona que atiende. Administrar las herramientas necesarias para orientar y apoyar al cuidador en su labor. Divulgar la existencia de esta iniciativa para mejorar la calidad de la asistencia en el propio domicilio, reducir la carga asistencial a nivel hospitalario y el gran número de reingresos que en personas de estas características, normalmente pacientes polipatológicos, ocurren con frecuencia.

MATERIAL Y MÉTODO

Vamos a ofrecer apoyo bibliográfico, para la capacitación del cuidador, a través de la difusión del Manual “PERSONAS CUIDANDO DE PERSONAS”, publicado por la SADEMI en 2014, una guía práctica que ha nacido en la Unidad de Gestión Clínica (UGC) Medicina Interna del Hospital Infanta Margarita de Cabra, centro hospitalario de referencia de la Subbética Cordobesa, con la única pretensión de ofrecer soluciones prácticas, orientación y apoyo al cuidador. Realiza un recorrido por las principales habilidades que debe desarrollar el mismo, en la atención directa con la persona dependiente, sin olvidarse de aspectos claves de su entorno físico y social, y finalizando con un capítulo dedicado íntegramente a preservar la SALUD del cuidador. Está realizada con un enfoque multidisciplinar y un lenguaje fácil y directo, lo que asegura la inteligibilidad del texto por parte de sus potenciales lectores. Esto, unido al apoyo iconográfico mediante fotografías y vídeos garantiza la consecución de su objetivo formativo. No menos importante es el Blog: “Aprendiendo a Cuidar”, desarrollado dentro de la página web de nuestro hospital, que supone un punto de acceso directo a nuestro manual, puesto que conforma parte de este elemento interactivo, y como tal, viene reflejado en nuestra obra. Y por último, basándonos en los contenidos del libro, hemos puesto en marcha una oferta de talleres de educación, formación y apoyo a los cuidadores de estas personas dependientes durante su estancia hospitalaria, para intentar capacitar y desarrollar aptitudes y habilidades “in situ” en momentos donde el cuidador necesita sentir un especial apoyo por parte del personal sanitario.

RESULTADOS

Los resultados, aunque es aún muy pronto, por la juventud del proyecto, se pueden traducir en un incremento del número de cuidadores que demanda información y formación para mejorar conocimientos y habilidades en las técnicas asistenciales básicas. Una mayor demanda de asistencia a talleres de información, formación y apoyo. Una demanda incipiente de manuales para consolidar sus conocimientos y consultar dudas. Y puesto que el blog está en fase de construcción, no podemos si no esperar de esta herramienta, un torrente de información bidireccional donde el profesional sanitario y el cuidador estén siempre mano a mano, mejorando la calidad de vida de las personas que atienden.

CONCLUSIONES

Si bien es importante el ahorro en tiempos, recursos humanos y recursos materiales, no es menos cierto que una intervención por parte de la Administración para desarrollar proyectos de educación y difusión de conocimientos sanitarios, que permitan a la población cuidar en sus domicilios a pacientes dependientes (pacientes crónicos y polipatológicos), es una práctica que aporta calidad en los cuidados de dichas personas, aumento en su calidad de vida; ayuda física y psicológica para los cuidadores, con su consiguiente mejora en la calidad de vida; disminución del número de ingresos; disminución del número de reingresos; disminución del colapso asistencial que en muchos centros sanitarios supone este tipo de pacientes. Nuestro agradecimiento más sincero a SADEMI, por su confianza en nuestro trabajo y publicación del mismo. Nosotros se lo agradecemos, la sociedad esperamos que también.

ENF-50 VISIÓN GLOBAL DEL TABAQUISMO

R. M. Martín Liscano⁽¹⁾, L. González Martín⁽²⁾,
A. VázquezMorón⁽¹⁾, A. A. Salvador Gómez⁽²⁾,
M. Quintana Palmeira⁽³⁾, A. Santiago Quejido⁽⁴⁾, A. A. Alfonso Martín⁽⁵⁾, L. Rivera Moreno⁽⁶⁾

⁽¹⁾Huelva Asistencial

⁽²⁾Colegio Oficial de Enfermería

⁽³⁾Hospital Vázquez Díaz. Huelva

⁽⁴⁾Cecofar. Huelva

⁽⁵⁾SAE

⁽⁶⁾Serquiron

Según el Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo, el tabaco provoca cerca de 50.000 muertes anuales en España por dolencias como la bronquitis crónica, el enfisema pulmonar y el cáncer de pulmón y faringe. Por si esto fuera poco, él también es el factor de

riesgo cardiovascular más importante, ya que la incidencia de la patología coronaria en los fumadores es tres veces mayor que en el resto de la población. La posibilidad de padecer una enfermedad de corazón es proporcional a la cantidad de cigarrillos fumados al día y al número de años en los que se mantiene este hábito nocivo. Objetivos: ¿Por qué dejar de fumar?: objetivo principal para evitar el riesgo de contraer enfermedades coronarias, entre otras. Estrategias para dejar de fumar: 1) Concienciar sobre los efectos del tabaco en mujeres embarazadas, niños y adolescentes. 2) Informar sobre los efectos en fumadores pasivos. 3) Tratamiento del tabaquismo.

MATERIAL Y MÉTODO

Búsqueda en páginas de internet todo tipo de información relevante sobre tabaquismo, manuales y otros tomos en los que se aporta información actualizada. Resultados: ¿Por qué dejar de fumar? 1) Mejora la respiración y te cansas menos. 2) Disminuye la predisposición a toser y contraer infecciones. 3) La piel y el rostro se recuperan del envejecimiento prematuro. 4) Recupera el sentido de gusto y olfato. 5) El deterioro de la función pulmonar se ralentiza. 6) Reduce la tasa de re infarto y muerte súbita en un 20-50 por ciento. Tres años después de haber dejado el tabaco, el riesgo de infarto de miocardio o accidente cerebrovascular del ex fumador es el mismo que de quien no haya fumado nunca.

ESTRATEGIAS

- Fija una fecha para dejarlo en los próximos 15 días.
- Redacta una lista de motivos para abandonar el tabaco.
- Enumera los cigarrillos que fumas por inercia al cabo del día.
- Deshazte de cajetillas, encendedores y ceniceros en tu casa, el coche y el trabajo.
- Practica pequeños ensayos de abstinencia.
- Busca aliados entre tus familiares y amigos.
- Recuerda que los síntomas (inquietud, ansiedad, irritabilidad, trastornos del sueño, falta de concentración, aumento del apetito, deseo imperioso de fumar...), por intensos que parezcan, siempre son pasajeros. -Cuando llegue el día elegido, la supresión del tabaco será total. Evita las situaciones que solían traer implícito un cigarrillo, come abundante fruta, haz más ejercicio, ten a mano caramelos sin azúcar, rodéate de personas que te pueden ayudar... Y recuerda: ¡cada hora que pasas sin fumar es un éxito absoluto!

Tabaquismo: efectos en mujeres embarazadas, niños y adolescentes.

Tabaquismo en la mujer embarazada:

- Fumar durante el periodo de gestación exponen al feto a graves peligros como joven fumador pasivo:
- Riesgo superior de aborto espontáneo.
- Posibilidad de nacimiento prematuro.
- Disminución de peso del recién nacido.

-Malformaciones congénitas en el cráneo y el aparato urinario.

-Aumento del riesgo de muerte súbita del lactante, ya que las cifras demuestran que el número de casos en madres fumadoras es tres veces mayor. En madres que fuman más de 20 cigarrillos cada día, la incidencia puede llegar a ser siete veces más frecuente. Tabaquismo en niños y adolescentes:-Un 21 por ciento de los niños españoles de entre 10 y 12 años ha probado ya el tabaco, y un 24 por ciento son fumadores habituales. Algunos factores que explican esta temprana adicción son:

-Influencias sociales.

-Familia y amigos fumadores.

-Actitudes favorables ante el consumo.

-Asociación de tabaco y alcohol con el placer.

Los jóvenes que llegan a los 15 años sin probar el tabaco tienen muchas posibilidades de no ser fumadores en toda su vida. Efectos en fumadores pasivos: En España mueren anualmente 6.200 fumadores pasivos al año, de los cuales, 5.000 fallecen por aspirar el humo en su propio hogar y el resto por hacerlo en su entorno laboral. Según datos del Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo (CNPT), el riesgo de padecer cáncer de pulmón es de un 20 a un 50 por ciento más elevado en quienes conviven con personas fumadoras. Además, la exposición al aire contaminado por el humo del tabaco supone un aumento del 30 por ciento de riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares. Si vives con alguien que consume una cajetilla diaria es como si tú fumaras también nueve cigarrillos. Conclusiones: El consumo de tabaco mata a más de cinco millones de personas cada año en el mundo, es decir más que el VIH/Sida, la tuberculosis y el paludismo juntos. De continuar la tendencia actual, el consumo de tabaco podría cobrarse la vida de más de ocho millones de personas por año en 2030 y hasta mil millones en total en el siglo XXI. En el *Informe de la Organización Mundial de la Salud sobre la epidemia mundial de tabaquismo*, se sigue de cerca esa epidemia, y se proporciona a los gobiernos y otras partes interesadas la información que necesitan para adaptar sus intervenciones. Este año, el informe se centra en los ambientes sin humo. El humo de tabaco ajeno o tabaquismo pasivo es responsable de una de cada 10 muertes relacionadas con el tabaco. Crear ambientes totalmente libres de humo de tabaco es la única manera de proteger a las personas de los efectos nocivos del tabaquismo pasivo.

CONCLUSIONES

Es una obligación ética, legal y deontológica realizar limitación del esfuerzo terapéutico en pacientes que cumplan criterios para ello. La complejidad en la toma de decisiones en estos casos necesita un ejercicio continuo y creativo de responsabilidad que genere herramientas que faciliten la deliberación moral en el equipo.

ENF-54 NECESIDAD DE SUEÑO DURANTE EL INGRESO HOSPITALARIO: UNA APROXIMACIÓN DESCRIPTIVA

A. García Barrido⁽¹⁾, E. B. García Navarro ^(1, 2), M. Araujo Hernández⁽²⁾

⁽¹⁾Complejo Hospitalario Universitario de Huelva

⁽²⁾Universidad de Huelva

OBJETIVOS

-Conocer la tipología de sueño que poseen los pacientes ingresados en el área de Medicina Interna
-Conocer cómo influyen las prácticas enfermeras en el sueño de los pacientes.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo transversal. Se analiza el universo de la población de pacientes ingresados en la unidad de medicina interna (4.3) del Hospital Juan Ramón Jiménez, durante el periodo de estudio. Se utiliza hoja de información al paciente y consentimiento informado previa encuesta. Análisis descriptivo de los datos con el programa SPSS. Criterios de inclusión, aceptar voluntariamente participar en el estudio, y no tener ningún problema de alteración de la consciencia durante su ingreso

RESULTADOS

Calidad del sueño en casa

Los pacientes refieren tener un sueño “bastante bueno”, siendo el porcentaje más elevado de las opciones ofrecidas (23.5%), sin embargo se observa una respuesta diferente en el sueño Hospitalario, observando un aumento del porcentaje en la opción “muy poco” (17.6%)

Irrupción por las prácticas enfermeras

A las de prácticas enfermeras se le atribuye un nivel de irrupción “moderado”, siendo las extracciones sanguíneas las que reciben un mayor porcentaje (práctica que genera una irrupción significativa: 20.6%)

Medicación para dormir

Referente a la medicación utilizada por los pacientes para dormir, observamos un aumento de las personas que la tomaban en casa y las que la toman durante su estancia hospitalaria (en casa: 38%-61%; hospital: 44%-55%).

CONCLUSIONES

El ser humano tiene la necesidad fisiológica de dormir durante toda la vida, pues es imprescindible recuperar la energía perdida en la realización de las actividades diarias, para poder mantener la salud. El sueño es una necesidad básica, el descanso y el sueño son aspectos fundamentales para mantener la salud. De manera especial en los pacientes ingresados en las unidades Hospitalarias. La atención temprana de la calidad del sueño de los pacientes, ofrecerá una recuperación de la energía perdida por motivos patológicos

asegurando así establecimiento y mantenimiento de un patrón de sueño que favorezca un equilibrio óptimo de actividad, descanso y sueño, y beneficiando a una recuperación temprana de los problemas patológicos.

ENF-61 RELEVANCIA DE LA ACEPTACIÓN DEL CUIDADOR EN SU ROL PARA LA PLANIFICACIÓN AL ALTA

B. Martín Sánchez⁽¹⁾, C. García Rivero⁽²⁾,

C. García Domínguez⁽²⁾, S. Teso Manzano⁽³⁾, M. J. Morano Torrescusa⁽²⁾

(1)Enfermera. Unidad de Gestión Clínica de Cuidados Críticos, (2)Enfermera. Unidad de Gestión Clínica de Medicina Interna, (3)Enfermero Gestor de Casos. Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva

OBJETIVOS

Poner en relevancia la aceptación en el rol del cuidador y trabajar su bienestar como preámbulo para planificar el alta. Tener en cuenta esa aceptación para iniciar la transición al domicilio desde una planta de Hospitalización integrando cuidados profesionales dirigidos al cuidador.

METODOLOGÍA

Análisis de un caso complejo con alta necesidad de cuidados en sus distintos entornos.

RESULTADOS

El cuidado familiar en el hospital se diferencia del que se hace en casa porque el papel del familiar en el hospital es menos claro y las actividades de cuidado que se hacen se basan en la voluntariedad; y además, existe una muy distinta percepción entre lo que los cuidadores dicen que hacen y los profesionales creen que hacen. En este caso particular, nos centramos en una persona que necesita todos los cuidados para el mantenimiento de su salud, ya que es dependiente para cubrir todas las necesidades básicas, siendo portadora de accesorios para la ventilación (traqueostoma), la alimentación (SNG), la eliminación (SV); y donde el cuidador ha pasado por una situación traumática. No solo se pone de relevancia el acompañamiento, el entrenamiento, el soporte y la intermediación, donde los NOC de enseñanza y conocimiento deben de prevalecer en el periodo de planificación al alta; sino que en este caso particular y en todos los casos donde el cuidador principal debe asumir un rol vital, la aceptación del rol y su bienestar es un elemento crucial a la hora de planificar el alta y además, sin esos NOC mayor de 3 es poco probable su planificación y el éxito en la transición. Los profesionales responsables de los cuidados debemos integrar y considerar al cuidador familiar como un colaborador y receptor de cuidados enfermeros, sobre todo en la planificación al alta y en educación para la salud.

CONCLUSIONES

Parece obvio que la aceptación y el bienestar del cuidador es un elemento esencial para el alta, así como tras el análisis del caso debemos tener en cuenta el apoyo social percibido a la hora de valorar la aceptación del rol como elemento indivisible. Es necesario este cambio de actitud de los profesionales hacia los cuidadores para la planificación al alta.

ENF-62 MEJORA DE LA SEGURIDAD CLÍNICA EN EL PACIENTE DE MEDICINA INTERNA

S. Herrojo Bautista⁽¹⁾, A. García Garrido⁽¹⁾, M. J. Morano Torrecusa⁽¹⁾,
M. A. Cabeza Hernández⁽¹⁾, S. Márquez Auden⁽¹⁾, Camelia García Fernández⁽²⁾
⁽¹⁾Enfermera. Unidad de Gestión Clínica de Medicina Interna, ⁽²⁾Responsable Unidad Integral de Formación. Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva

INTRODUCCIÓN-OBJETIVOS

Los eventos adversos notificados en la Unidad de Medicina Interna (MI) 4.3 del Complejo Universitario de Huelva (CHUH), durante el año 2014 fueron 70, correspondiéndose el 70% con flebitis, 22,85% con caídas y 7,15% repartidos entre broncoaspiración, obstrucción de SNG, error de medicación, tolerancia incorrecta y obstrucción vía periférica. Asimismo, se detectó que existía discordancia entre la práctica clínica observada y los procedimientos basados en evidencias establecidos. Ante el análisis de esta realidad surge la necesidad de retomar aspectos relevantes en relación con la seguridad del paciente en esta unidad, planteándonos los siguientes objetivos: General: Constituir Grupo de Mejora de Seguridad Clínica en la unidad 4.3 de MI para paliar deficiencias observadas. Específicos: -Análisis de los eventos adversos notificados y ocurridos en la unidad para implementación de medidas correctoras. -Revisar procedimientos y compararlos con la práctica de forma intencionada para identificar discordancias e intentar corregirlas.

METODOLOGÍA

Activa, basada en la participación voluntaria de un grupo de profesionales que realizan tareas similares y se reúnen para identificar, analizar y solucionar aspectos relacionados con la seguridad de los pacientes de MI. Esta metodología está basada en dos principios fundamentales: *Sinergia* un equipo produce mucho más que la suma de los potenciales de cada uno de sus componentes y que *Nadie conoce mejor una tarea, un trabajo o un proceso que aquel que lo realiza cotidianamente*.

RESULTADOS

Creación del Grupo de Mejora de Seguridad Clínica en el paciente de MI, compuesto inicialmente por la Responsable de Cuidados de la Unidad y cuatro enfermeros clínicos.

Las líneas estratégicas establecidas con cronograma de seguimiento para el año 2015 son Formación acreditada en Seguridad, Notificación y Análisis de Eventos Adversos, Identificación correcta de pacientes, Prevención de Infección nosocomial, Administración segura de Medicamentos, Aislamientos, Higiene de manos, Mantenimiento del Carro de Paradas y Difusión de Resultados a través de sesiones clínicas acreditadas. Es un grupo abierto al resto de profesionales y unidades de MI del CHUH que deseen participar.

CONCLUSIONES

El objetivo general ha sido cumplido de forma satisfactoria, pudiendo este año 2015 seguir cronograma establecido y cumplir los objetivos específicos. Estamos convencidos que este tipo de metodología participativa ayudará a fomentar positivamente cultura de Seguridad entre los profesionales de MI.

ENF-84 MUERTE DIGNA Y NECESIDADES COMPETENCIALES DE ENFERMERÍA ¿QUÉ SABEMOS?

L. Martín Escobar, E. Pérez González, M. C. Montañó Calderón
Hospital de Valme. Alcalá de Guadaíra (Sevilla)

INTRODUCCIÓN

La Ley 2/2010, de 8 de abril, de Derechos y Garantías de la Dignidad de la Persona en el Proceso de la Muerte, establece y desarrolla los derechos que asisten a las personas en el proceso de muerte, determina los deberes del personal sanitario que las atiende y atribuye un conjunto de obligaciones para instituciones sanitarias, públicas o privadas, en orden a garantizar los derechos de los pacientes. En esta línea, el Área de Gestión Sanitaria Sur de Sevilla cuenta con dos habitaciones individuales denominadas de “muerte digna”, ubicadas en la Planta 9ª Izq. (compartiendo habitaciones junto a Hematología clínica, Reumatología y Medicina Interna). En febrero de 2012 se publicó el “Manual de Competencias de la/ del Enfermera/o de Recursos Avanzados de Cuidados Paliativos (ME 1 63_02.1)” en el marco del Programa de Acreditación de Competencias Profesionales del Sistema Sanitario de Andalucía. Existen además otras guías sobre competencias, como la publicada por la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) (Codorniu et al, 2013). Entendiendo que el establecimiento de las competencias profesionales y su gestión constituyen una herramienta fundamental para la garantía de una correcta adecuación de los conocimientos, aptitudes y actitudes de los profesionales en un área especialmente sensible, se decidió valorar el conocimiento de las mismas por el personal de la Unidad citada.

OBJETIVO

Valorar el conocimiento de la existencia de competencias específicas en cuidados paliativos en los profesionales de enfermería en una Unidad con camas específicas para muerte digna.

METODOLOGÍA

Entrevistas personales a todo el personal de enfermería de la Unidad realizadas durante el mes de marzo de 2015.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En la Unidad trabajan un total de 11 profesionales de enfermería y 9 técnicos en cuidados auxiliares, todos los cuales pueden intervenir en el caso de que se ocupen. Se mantuvo con los profesionales de enfermería una breve entrevista donde se les preguntaba si tenían conocimiento de la existencia de un mapa de competencias profesionales para la enfermería en el área de los cuidados paliativos. La respuesta fue negativa en el 100% de los casos. Se les inquirió asimismo si consideraban que debían existir competencias específicas en la atención a pacientes paliativos, en relación a los otros tipos de pacientes atendidos en la Unidad, con respuesta positiva en un 85% de los casos. Los resultados ponen de manifiesto que existe una necesidad percibida por la mayor parte de los profesionales de información sobre qué competencias específicas deberían poseer para cumplir adecuadamente sus funciones. Estos mapas de competencias existen, realizados en el propio Sistema Sanitario de Andalucía en el entorno del proceso de acreditación, pero no son conocidos por los profesionales.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Se precisa realizar una labor de difusión y explicativa de los mapas de competencias entre el personal de la Unidad. A partir de dichos mapas, debería procederse a evaluación del grado de cumplimiento de las competencias.

A partir de la evaluación, debería elaborarse un plan de formación para alcanzar el grado deseable. Debería evaluarse la conveniencia de disponer de mapas de competencias para otras categorías profesionales intervinientes también en el proceso de cuidados paliativos.

ENF-81 REINGRESOS EVITABLES, LA CLAVE: CONTINUIDAD DE LOS CUIDADOS Y LA SEGURIDAD CLÍNICA EN LOS PACIENTES FRÁGILES AL ALTA HOSPITALARIA

E. Blanco Reina, R. Jaramillo Lugo, M. I. Balsera Trejo,
M. S. González González, F. Rebollo Calvo, M. A. Guevara Marcos,
L. Jiménez Méndez, A. Aparicio Calvo
Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla

INTRODUCCIÓN

Desde hace varios años el SSPA dispone de un servicio de que garantía de continuidad de cuidados, denominado Salud Responde/Telecontinuidad de cuidados de pacientes frágiles al alta. Está enfocado a pacientes frágiles que reciben el alta hospitalaria el día previo al fin de semana y festivos. Garantiza la seguridad clínica mediante la continuidad de cuidados y disminución de los ingresos evitables. En octubre del 2012 se detectó una disminución de pacientes derivados perteneciente a UGC Medicina Interna, con respecto a la población susceptible estimada del 80%, un incremento de errores de registros, pacientes no localizados y registros sin número de telefónico de contacto. Se inicia análisis del periodo de los años 2011-2012. Se pone en marcha un plan de mejora, se realiza estudio comparativo del 2012-2013, con respecto al 2011 y 2014 los resultados de la evolución de los mismos.

MATERIAL Y METODO

Hemos realizado:

1. Análisis de datos evolutivos de 1 de enero al 31 de diciembre 2011 y 2012.
2. Realización de DAFO.
3. Programa acreditado de formación para profesionales asistenciales y mandos intermedios
4. Elaboración y distribución a mandos intermedios de un Cuadro de Mandos mensual.
5. Modificar el circuito de identificación y captación de pacientes incluyendo a la enfermera referente.
6. Programa de análisis de errores de registros que imposibilitan el seguimiento en domicilio del paciente.
7. Análisis comparativos de los periodos correspondientes al 2013 y 2014 tras la implantación de líneas de mejora.

RESULTADOS

DAFO identificándose como debilidades principales:

La resistencia a los cambios en la sistemática de trabajo, profesionales con desconocimiento de la aplicación y su repercusión en la seguridad clínica del paciente, déficit de conocimiento en seguridad clínica y homogenización de la práctica asistencial entre hospital y primaria, déficit en el seguimiento de los registros mediante explotación de datos mensuales y déficit de información recibida sobre el grado de cumplimiento de objetivos a los gestores de cuidados. A fecha actual incremento de pacientes incluidos del 200% respecto al 2012, disminución del número de pacientes no localizados del 32% al 5.6%, disminución de errores de registro de un 20% al 1.86% y disminución de reingresos evitables del 5% al 1.2%

CONCLUSIONES

Con el estudio y las medidas implantadas: La monitorización y seguimiento del objetivo, su vinculación a los objetivos individuales de los profesionales, la información y formación impartida a los profesionales, sobre el impacto en la salud del paciente e inseguridad clínica,

así como fomentar su corresponsabilidad y sentido de pertenencia, ha permitido corregir las desviaciones, garantizando la seguridad clínica, disminuir los eventos adversos y el número de reingresos evitables los cuidados interniveles, son la piedra angular para unos resultados óptimos.

ENF-86 LA SESIÓN CLÍNICA MULTIDISCIPLINAR EN LA MEJORA DE LA ATENCIÓN COMPARTIDA AL PACIENTE HOSPITALIZADO

T. Cruz Pérez, B. Besada Suárez, B. Díaz Martín, J. M. Zanoletty García,
A. Real Páez, R. Sánchez Pérez, E. Haya Clauss, J. M. Romero González
Unidad de Hospitalización 5ª Izquierda Hospital Infanta Elena
UGC Medicina Interna. Complejo Hospitalario Universitario de Huelva

INTRODUCCIÓN

La unidad de hospitalización empieza a desarrollar en febrero de 2015 sesiones clínicas de carácter diario con la participación de los facultativos especialistas, médicos residentes, enfermeras y auxiliares de enfermería. En ellas se analizan los casos de los pacientes ingresados en cuanto a proceso diagnóstico, plan terapéutico (tratamiento y cuidados) y evolución del estado de salud del mismo. Se establecen como una herramienta de participación y comunicación entre los profesionales con el fin de unificar criterios de actuación y mejorar la efectividad de la atención.

OBJETIVOS

Evaluar la utilidad de las sesiones clínicas para una mejor atención al paciente y la satisfacción de los profesionales participantes en las mismas. -Proponer líneas de mejora en la realización de las sesiones que aumenten su utilidad y las consoliden en la dinámica diaria de la unidad.

METODOLOGÍA

Se proponen 2 instrumentos de evaluación y mejora de las sesiones clínicas: -Un cuestionario sobre percepción de utilidad de las sesiones en la atención de los pacientes y de satisfacción de los profesionales. Los ítem se puntúan mediante escala de Likert (1-5) -Un análisis DAFO a partir de las aportaciones de los participantes que recoge variables internas (fortalezas y debilidades) y externas (amenazas y oportunidades de mejora). Los cuestionarios fueron respondidos por todos los profesionales que habitualmente asisten a las sesiones en la 1ª quincena de abril, dos meses después del inicio de las mismas.

RESULTADOS

Participaron de la encuesta 3 facultativos, 13 enfermeras y 8 auxiliares de enfermería. Los aspectos relacionados con la información sobre los pacientes fueron los mejor valorados, especialmente en cuanto a diagnóstico (4,4) y evolución (4,5). En cuanto a la mejora del

conocimiento, los profesionales opinan que sirven para mejorarlos tanto a nivel biomédico (4) como sobre cuidados (4). La unificación de criterios es valorada positivamente (4,4) así como su contribución a mejorar el clima profesional y al refuerzo del grupo (4,5). En menor grado se valoran la utilidad para que el paciente sea mejor atendido (3,9) y la metodología de las sesiones (3). El grado de satisfacción global de los profesionales es bueno (4). En cuanto al análisis cualitativo (DAFO), las principales fortalezas percibidas por los profesionales son la visión global sobre el paciente, el mayor conocimiento sobre su evolución y la mejora en la comunicación de los profesionales. Se identifican aspectos negativos como los metodológicos, las dificultades por las cargas de trabajo y la excesiva “medicalización” de las sesiones. Como líneas de mejora se plantea su ampliación al resto de especialidades de la unidad, la mayor participación de todos los profesionales y un esfuerzo para mejorar aspectos metodológicos. Conclusiones Las sesiones clínicas multidisciplinares en la dinámica diaria de la unidad de hospitalización contribuyen a mejorar la información clínica sobre los pacientes, son una buena herramienta de comunicación entre los profesionales y enriquecen el trabajo en equipo. Aunque su utilidad para mejorar la atención al paciente se puede aumentar, el grado de satisfacción de los profesionales es elevado.

ENF-91 IMPLANTACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA EN UNA PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN

D. Bejarano Álvarez, M. Pérez Márquez; F. Medero Rubio

Unidad de Gestión Clínica de Nefrología. Hospital Juan Ramón Jiménez. Complejo Hospitalario Universitario de Huelva

INTRODUCCIÓN

Desde marzo de 2014 nuestro servicio fue elegido como planta piloto para la implantación del programa prisma para prescripción electrónica. De manera progresiva se está implantando en los distintos servicios del área hospitalaria y de la misma manera en todos los hospitales del SAS. Durante este tiempo nuestro servicio ha colaborado en la puesta en marcha y mejora de la aplicación, y nuestra experiencia está siendo usada en el resto del área hospitalaria. OBJETIVOS:

- Implantar la prescripción electrónica en nuestra unidad de gestión como paso previo a su puesta en marcha de manera progresiva en todo el área hospitalaria
- Establecer una mecánica de trabajo diaria con dicha aplicación.
- Debatir sobre las ventajas, inconvenientes y áreas de mejora observadas tras nuestra experiencia en el uso de PRISMA.

METODOLOGÍA

Entrevistas e intercambios de opinión entre nefrólogos, internistas, farmacéuticos y el personal de enfermería de nuestra unidad de gestión clínica. Posteriormente y tras la puesta en marcha, mantuvimos comunicación directa y constante con el servicio de farmacia de nuestro hospital, adaptando la aplicación Prisma al trabajo diario y nuestras necesidades.

RESULTADOS: Tras un año desde su puesta en marcha, tras consensuar la mecánica de trabajo y tras un uso diario de la aplicación, establecimos las siguientes ventajas:

- Disminución de los errores de transcripción.
- Eliminación de la “responsabilidad adquirida” al asignar enfermería horarios para la administración de medicamentos.
- Optimización del tiempo, pudiéndolo dedicar a otras actividades.
- Aumento de la comunicación con el servicio de farmacia.
- Menos errores con las posibles alergias.
- Conocimiento exacto de las pautas de administración. Observamos los siguientes inconvenientes:
 - Imposibilidad de eliminar cuidados sin la validación de un médico o farmacéutico.
 - Formato poco configurable (colores, tipografía, apartados resaltados ...).
 - Nula posibilidad en la explotación de datos para enfermería.
 - No existe posibilidad de visualizar datos útiles y que aparecían en la antigua gráfica de enfermería (dirección y teléfono, día de la intervención, servicio de origen ... etc.).

Y debatimos sobre algunas áreas de mejora:

- Integración con el módulo de cuidados de Diraya.
- Cambios en la estructura de las hojas de tratamiento y planning de administración e inclusión de los datos necesarios requeridos por enfermería.
- Mejorar la coordinación con otros servicios. Por ejemplo, en lo referido al envío de hojas de unidosis por parte del servicio de urgencias.
- Continuar avanzando en la mejora de la seguridad del paciente (tarjetas de alergias y de aislamientos) ya iniciado en nuestro servicio al observar esa necesidad.
- Necesidad de un nuevo ordenador para poder emplear tanto en el control de enfermería como en el mostrador de preparación de medicamentos.
- ¿prescripción enfermera?

CONCLUSIONES

Se ha creado una metodología de trabajo que consigue en gran medida, la adaptación de la prescripción electrónica con las necesidades y mecánica de trabajo de nuestro servicio. De la misma manera, se permite la exportación de este sistema a todos los servicios de nuestra área hospitalaria, siempre dando la posibilidad de mejora continua y personalización a las particularidades de los distintos servicios . A través de las áreas de mejora en las que estamos trabajando intentaremos que la herramienta Prisma que se va a implantar progresivamente en todo nuestro sistema sanitario se adapte a nuestras necesidades.

PÓSTERS B**Enfermedad vascular****EV-01 ENSAYO DE MODELO PREDICTIVO PARA LA DETECCIÓN DE ATEROMATOSIS CAROTÍDEA, CLÍNICAMENTE SIGNIFICATIVA, EN EL ICTUS ISQUÉMICO AGUDO ATEROTROMBÓTICO**

A. Benavente Fernández⁽¹⁾, R. Noguera Fernández⁽²⁾,
M. A. Pérez Ramos⁽⁵⁾, M. García Tudela⁽³⁾, M. García Varón⁽³⁾, J. Domínguez Moreno⁽⁴⁾
⁽¹⁾FEA. Medicina Interna. UGC de Medicina Interna, ⁽²⁾MIR Medicina Familiar y Comunitaria. Área Docente Nordeste, ⁽³⁾DUE. Medicina Interna. UGC de Medicina Interna. Hospital Comarcal de Baza. Baza (Granada)
⁽⁴⁾Ciencias y Técnicas Estadísticas. Academia FIBONACCI. Granada
⁽⁵⁾Servicio de Medicina Interna. Hospital Infanta Elena. Complejo Hospitalario Universitario Ciudad de Huelva.

OBJETIVOS

La ecografía doppler de troncos supraaórticos (TSAo), es una prueba ampliamente utilizada en el estudio de pacientes con ictus isquémico agudo aterotrombótico, si bien tiene un escaso rendimiento terapéutico, así pues, nos planteamos si es preciso su realización universal o si podemos optimizar su realización en base a un modelo predictivo de ateromatosis clínicamente significativa.

MATERIAL Y MÉTODOS

Análisis de pacientes con ictus isquémico agudo aterotrombótico, ingresados en nuestra unidad, desde el 01/02/2014 hasta el 30/06/2014. Se realizó un doppler de TSAo, estableciéndose 3 categorías: normal, ateromatosis<70% y ateromatosis>70%. Variables: FRV clásicos (HTA, DM, dislipemia, obesidad, tabaquismo), lesión de órgano diana (CI, EAP, ERC, ictus previo), soplo carotídeo, ITB (método oscilométrico. Valores patológicos > 1.4 o ≤ 0.9). Los datos se analizaron por un estadístico independiente (SPSS 15.0), realizándose un modelo de regresión multinomial para establecer las variables que intervienen en la arteriosclerosis carotídea.

RESULTADOS

Se incluyeron 23 pacientes. Edad media 74.08 a. 60.87% hombres/39.13% mujeres. HTA 82.61%, DM 30.43%, hipercolesterolemia 69.57%, hipertrigliceridemia 26.09%, sobrepeso/obesidad 39.14%, no fuma 78.26% (exfumador>5años: 30.43%), tabaquismo activo: 21.74%, CI 21.74%, ERC 4.35%, EAP 26.09%, ictus isquémico previo 47.83%. En 2 pacientes (8.7%) se indentificó soplo carotídeo. Media ITBd 1.0819 (desviación típica 0.22), ITBi 1.0205

(desviación típica 0.28). Al ingreso; EFG >60: 87%, EFG 60-40: 13%. C-Total>200 el 30.4%, c-LDL>100 el 43.5%, TG>150 el 39.1%, HbA1C>7% el 17.4%. Doppler de TSAo: normal: 17.4%, ateromatosis<70%: 73.9%, ateromatosis>70%: 8.7%. Tipo de ictus isquémico: hemisférico 14(60.87%), GGBB 4(17.39%), AIT 2 (8.7%), cerebeloso 1 (4.35%), lacunar 1(4.35%), tronco 1(4.35%). En el análisis logístico multinomial, la presencia de ateromatosis carotídea>70% se asoció con la presencia de CI, EAP, EFG 60-40 e hipercolesterolemia. (Odd ratio limitada por n). Las principales limitaciones del estudio son el n y la no inclusión de pacientes en extrema gravedad, en los cuales, tal vez, la ateromatosis fuese más relevante. Entendemos no obstante que, consideraciones éticas, superan esta última limitación.

CONCLUSIONES

1.- En nuestro modelo, como validez interna, la asociación de variables; cardiopatía isquémica, EAP, EFG 60-40 e hipercolesterolemia, resultan predictivas para ateromatosis carotídea en pacientes con ictus isquémico aterotrombótico. 2.- El hallazgo de un modelo predictivo potente con validez externa nos servirá para seleccionar aquellos pacientes que obtengan un mejor rendimiento diagnóstico terapéutico derivado de la ecodoppler de TSAo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Jahromi AS1, Cinà CS, Liu Y, Clase CM .Sensitivity and specificity of color duplex ultrasound measurement in the estimation of internal carotid artery stenosis: a systematic review and meta-analysis. *J Vasc Surg.* 2005 Jun;41(6):962-72. Jorge Vega, Sebastián Romaní, Francisco J. Garcipérez, Lucía Vicente, Nazaret Pacheco, José Zamorano, José J. Gómez-Barrado y Juan F. Sánchez Muñoz-Torrero. *Enfermedad arterial periférica: eficacia del método oscilométrico.* *Rev Esp Cardiol.* 2011;64(7):619–621.

Enfermería

ENF-01 ESTUDIO DESCRIPTIVO DEL INCREMENTO DEL CONFORT EN PACIENTES PALIATIVOS CON DETERIORO TISULAR TRAS LA UTILIZACIÓN DE UN APÓSITO HIDROPOLIMÉRICO CON INDICADOR DE CAMBIO

M. Cabrera Agüera⁽¹⁾, A. M. Carvajal Morales⁽¹⁾,
I. Montes Rico⁽¹⁾, R. Vera Navarro⁽¹⁾, M. Gómez Delgado⁽¹⁾, J. M. Blanco Hidalgo⁽²⁾
*⁽¹⁾Enfermeras de Hospitalización, ⁽²⁾Supervisor de Enfermería. Unidad de
Cuidados Paliativos (UCAMI), HH.UU Virgen del Rocío. Sevilla*

OBJETIVO

Valorar y Evaluar el incremento de parámetros relacionados con el confort de pacientes paliativos con Deterioro Tisular, mediante la utilización de un nuevo apósito con capa de enmascaramiento del exudado e indicador de cambio.

MÉTODO

Serie de seis pacientes ingresados en la Unidad de Hospitalización de Cuidados Paliativos de HH.UU Virgen del Rocío con presencia de Deterioro Tisular r / c la presión o fricción. Seguimiento de 4 semanas. Valoración cualitativa semanal de una serie de parámetros relacionados con el Comportamiento del apósito y el Bienestar del Paciente. A cada uno de los parámetros valorados, se le asigna un valor cuantitativo para su posterior reporte y evaluación. La Valoración se realiza mediante; 1-Cuadernillo de recogida de datos, cumplimentado por el profesional de enfermería 2-Encuesta al paciente o cuidador referente recogido en cuadernillo de datos 3-Registro fotográfico.

RESULTADOS

El tiempo medio de permanencia del apósito aumentó hasta los tres días en un 100% de los casos. Los profesionales de Enfermería realizaron una Valoración media del apósito de 3,9 sobre 5, siendo la ausencia de dolor en la cura (4,5), el enmascaramiento del exudado (4,3), retención y facilidad de retirada (4,2) y adaptabilidad y absorción (4,0) los parámetros mejor valorados. Los pacientes o cuidadores valoraron muy positivamente frente al apósito anterior, la apariencia del apósito tras su retirada (100%), y la reducción de cambios innecesarios del apósito (83%), gracias al enmascaramiento del exudado absorbido.

CONCLUSIONES

La utilización del nuevo apósito hidropolimérico con adhesivo de silicona y un sistema de indicación del momento idóneo para el cambio garantizó:

1. Incremento el confort del paciente
2. Aumentó la confianza del Cuidador Principal
3. Estimuló la Adherencia al Tratamiento

4. Facilitó las actividades del profesional de Enfermería
5. Mejoró la Eficiencia. Este estudio ha favorecido la revisión y modificación del Protocolo de Actuación en paciente

ENF-02 PLANIFICACIÓN ANTICIPADA DE DECISIONES EN EL EQUIPO DE SOPORTE DE CUIDADOS PALIATIVOS DEL COMPLEJO HOSPITALARIO DE HUELVA

M. Parral Ortiz, M. Casado Ramos
Hospital Vázquez Díaz. Huelva

INTRODUCCIÓN

Paciente de 62 años diagnosticado de Adenocarcinoma gástrico con extensión hepática, peritoneal y ganglionar. Derivado al Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos, desde las Consultas Externa de Oncología tras someterse a tratamiento quimioterápico durante un año. El paciente vive con su esposa y cuidadora principal. Ambos poseen un nivel 4 de información en el momento de la derivación. En la primera intervención se encuentra con un buen control sintomático, y un mal afrontamiento de la situación paliativa que le genera ansiedad. Manifiesta al equipo :” No prolongar de manera inadecuada su vida y de mantener el control sobre el proceso”. Acordamos conjuntamente con paciente y familia iniciar una Planificación Anticipada de Decisiones.

OBJETIVOS

Atender la demanda reactiva que solicita el paciente sobre el proceso de PAD:

- Registro adecuado en historia clínica.
- Información progresiva del proceso a paciente y familia
- Asesoramiento sobre la VVA.

METODOLOGÍA

Profesionales implicados : ESCP, ATENCIÓN PRIMARIA (Enfermera Gestora de Casos, Médico de familia), SERVICIO DE EMERGENCIA. Abordaje integral paciente-familia: Consultas, visitas domiciliarias, seguimiento telefónico, coordinación entre niveles, entrevistas con cuidadora principal. Nomenclatura NANDA: Noc/Nic.

RESULTADOS

El paciente mantuvo un buen soporte emocional hasta el final de su vida. El paciente planificó su vida y su forma de morir, una vez fue incluido en el Proceso Asistencial de Cuidados Paliativos.

CONCLUSIONES

Desarrollar un proceso de PAD en un paciente que presenta un diagnóstico enfermero de ANSIEDAD ANTE LA MUERTE consigue unos adecuados criterios de resultados en torno a:

- Autocontrol del miedo.
- Creencias sobre la salud.
- Muerte digna.

ENF-05 UTILIZACIÓN DEL PROCESO ENFERMERO EN LA CONSULTA DE ENFERMERÍA DE ALERGIA DEL CHUH

C. Ramírez Delgado, F. J. Robledo Cárdenas, J. Macías Alvez, A. Suardíaz Figuereo
Complejo Hospitalario Universitario de Huelva

OBJETIVOS

Mejorar y homogeneizar los cuidados prestados al paciente atendido en la consulta de alergia del CHUH.

Elaborar un plan de cuidados integral al paciente atendido en la consulta de alergia del CHUH de Huelva. Teorizar y registrar la actividad de cuidados en dicha consulta.

METODOLOGÍA

De corte cualitativo, con teorización inicial de la actividad de enfermería, con posterior análisis de los distintos procesos: Valoración focalizada, objetivos, intervenciones, evaluación. Identificación de las distintas fases del proceso en lenguaje normalizado, NNN (Nanda, Noc, Nic) Trasposición de la información a una hoja de registro de máximo 1 hoja en tamaño A4. Pilotaje inicial, con análisis posterior, presentación de mejoras, inclusión de las mismas y puesta en marcha.

RESULTADOS

Hoja de registro que incluye: -Datos generales de identificación del paciente (con posibilidad de uso de etiqueta identificativa general del CHUH).

-Valoración focalizada hacia datos de conocimientos básicos del procedimiento, manifestaciones de ansiedad, alergias conocidas y situación de acompañamiento o no. Para la valoración conocimientos y manifestaciones de ansiedad, se utilizan los criterios de resultados, medidos en escala Likkert de 1 a 5.

-Diagnósticos y problemas de enfermería.

-Intervenciones de enfermería, orientadas a una atención integral.

-Evaluación de objetivos, en la misma escala utilizada para la valoración.

-Registro de la administración de medicación, alérgenos, medicación hiposensibilizantes, así como observaciones de formato libre.

CONCLUSIONES

En primer lugar, afirmar que es posible la utilización del proceso enfermero en áreas como la propia consulta de enfermería de alergia. En segundo lugar, esta herramienta va a permitir poder establecer datos reales de la actividad de cuidados. Con la integración del módulo de Diraya de Atención Especializada, esta herramienta no puede incorporarse de entrada, lo que sí es posible, es integrar el conocimiento reflexivo que nos va a reportar su utilización en la práctica.

ENF-06 INFECCIONES NOSOCOMIALES Y EL AISLAMIENTO POR CONTACTO AUTORES

M. Quintana Palmeira⁽¹⁾, A. I. Santiago Quejido⁽²⁾, A. A. Alfonso Martín⁽³⁾,
L. González Martín⁽⁴⁾, A. Vázquez Morón⁽⁵⁾,
A. A. Salvador Gómez⁽⁴⁾, L. Rivera Moreno⁽⁵⁾, R. Martín Liscano⁽⁵⁾

⁽¹⁾Hospital Vázquez Díaz. Huelva

⁽²⁾CECOFAR

⁽³⁾SAE

⁽⁴⁾Colegio O. Enfermería Huelva

⁽⁵⁾Huelva Asistencial

⁽⁵⁾Sequiron

OBJETIVOS

Conocer los mecanismos de transmisión de los posibles agentes infecciosos.

Prevenir los riesgos de transmisión de infecciones por contacto directo con la piel o material contaminado.

Supervisar el cumplimiento riguroso de las medidas de precaución.

MATERIAL Y MÉTODO

Definición de caso de infección nosocomial (IN): se entiende por infección nosocomial aquella que se desarrolla en el paciente hospitalizado que no estaba presente o en período de incubación, en el momento de su admisión en el centro. Para la mayoría de las infecciones bacterianas nosocomiales, esto significa que la infección se hace evidente a las 48 horas, o más, tras el ingreso.

RESULTADOS

Las medidas de control de las IN se basan en tres puntos fundamentales: vigilancia microbiológica, vigilancia clínico-epidemiológica y estrategia antibioterapia. El control de la IN precisa medidas de realización urgente, multidisciplinarias y coordinadas.

CONCLUSIONES

Las infecciones nosocomiales se encuentran dentro del grupo de enfermedades y problemas de salud que deben ser vigilados.

ENF-07 DECLARACIÓN DE VOLUNTAD VITAL ANTICIPADA

M. Quintana Palmeira⁽¹⁾, A. I. Santiago Quejido⁽²⁾, A. A. Alfonso Martín⁽³⁾,
L. González Martín⁽⁴⁾, A. Vázquez Morón⁽⁵⁾,
A. A. Salvador Gómez⁽⁴⁾, L. Rivera Moreno⁽⁵⁾, R. Martín Liscano⁽⁵⁾

⁽¹⁾Hospital Vázquez Díaz. Huelva

⁽²⁾CECOFAR

⁽³⁾SAE

⁽⁴⁾Colegio O. Enfermería Huelva

⁽⁵⁾Huelva Asistencial

⁽⁵⁾Sequiron

OBJETIVOS

- Promover y dar a conocer en qué consiste la declaración de voluntad anticipada: un gran desconocido para la población.
- Tratar correctamente las voluntades del paciente y velar que estas se cumplan.
- Favorecer conflictos familiares posteriores.

MATERIAL Y MÉTODO

Rellenar la documentación impresa y solicitar cita e inscribir el documento en el registro para su validación (Salud Responde: 902 50 50 60) o por internet (<https://www.juntadeandalucia.es/salud/rv2/inicioCiudadania.action>).

RESULTADOS

Podemos decir que, el testamento vital, es un instrumento ético/legal que permite reforzar la autonomía de la persona. Lo que se pretende es que el paciente, junto con familiares y profesionales sanitarios, decida sobre su futuro, cuando aparezcan problemas médicos.

CONCLUSIONES

Existen opiniones muy variadas acerca del sentido y la dignidad de la vida, del sufrimiento y la enfermedad.

ENF-08 VÍA SUBCUTÁNEA HERRAMIENTA DE TRABAJO EN C. PALIATIVOS

M. Quintana Palmeira⁽¹⁾, A. I. Santiago Quejido⁽²⁾, A. A. Alfonso Martín⁽³⁾,
L. González Martín⁽⁴⁾, A. Vázquez Morón⁽⁵⁾,
A. A. Salvador Gómez⁽⁴⁾, L. Rivera Moreno⁽⁵⁾, R. Martín Liscano⁽⁵⁾

⁽¹⁾Hospital Vázquez Díaz. Huelva

⁽²⁾CECOFAR

⁽³⁾SAE

⁽⁴⁾Colegio O. Enfermería Huelva

⁽⁵⁾Huelva Asistencial

⁽⁵⁾Sequiron

OBJETIVOS

- Conocer y promover el empleo de la vía subcutánea en aquellos pacientes paliativos donde fuere necesario como alternativa.
- Limitación del ensañamiento terapéutico.
- Favorecer el bienestar y confort del paciente en sus últimos días de vida.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realiza una revisión bibliográfica de los distintos descriptores sobre las indicaciones y manejo de la vía subcutánea. Donde se puede observar que sólo 2 artículos nombran el manejo de esta vía en el primer descriptor y 10 en el segundo.

RESULTADOS

Como resultados podemos decir que, el desconocimiento de esta técnica paraliza el avance de esta vía. Y para ello, la mejor forma que podemos encontrar para impulsarla es la formación desde las Facultades de Enfermería y desde los Centros Sanitarios, promoviendo un cambio cultural en los profesionales sanitarios.

CONCLUSIONES

La vía subcutánea debe ser un recurso cada vez más utilizado en las Unidades de Cuidados Hospitalarios y en Domicilio, para el control de síntomas cuando no existen otras alternativas. Además de su facilidad de uso, su bajas contraindicaciones y complicaciones además de bajo coste. Presentan también un fácil adiestramiento a pacientes y familiares.

ENF-09 TERAPIA DE PRESIÓN NEGATIVA - VAC

A. A. Alfonso Martín⁽¹⁾, L. Rivera Moreno⁽²⁾, R. Martín Liscano⁽³⁾,
L. González Martín⁽⁴⁾, A. Vázquez Morón⁽³⁾, A. A. Salvador Gómez⁽⁴⁾,
M. Quintana Palmeira⁽⁵⁾, A. I. Santiago Quejido⁽⁶⁾

⁽¹⁾SAE

⁽²⁾Sequiron

⁽³⁾Huelva Asistencial

⁽⁴⁾Colegio O. Enfermería Huelva

⁽⁵⁾Hospital Vázquez Díaz. Huelva

⁽⁶⁾CECOFAR

OBJETIVOS

- Reducir la complejidad y tamaño de la herida.
- Eliminar el exudado.
- Estimular la formación de tejido de granulación.
- Reducir el tiempo de hospitalización y minimizar costes sanitarios, mejorando a su vez la calidad asistencial.

MATERIAL Y MÉTODO

Cuando se opta por realizar terapia VAC se pretende:

1. Eliminar el exudado de la herida.
2. Facilitar la granulación y por lo tanto la cicatrización.
3. Conseguir un método sencillo de realizar y de fácil manejo para el personal de enfermería.

RESULTADOS

El sistema reduce hasta un 50% de los costes de hospitalización, el tiempo del personal de enfermería dedicado a las curas y los días de tratamiento.

CONCLUSIONES

La terapia de presión negativa es un método alternativo no invasivo, que disminuye el tiempo de evolución y favorece la rápida curación de las heridas.

ENF-10 SEDACION PALIATIVA -MUERTE DIGNA AUTORES

A. A. Alfonso Martín⁽¹⁾, L. Rivera Moreno⁽²⁾, R. Martín Liscano⁽³⁾,
L. González Martín⁽⁴⁾, A. Vázquez Morón⁽³⁾, A. A. Salvador Gómez⁽⁴⁾,
M. Quintana Palmeira⁽⁵⁾, A. I. Santiago Quejido⁽⁶⁾

⁽¹⁾SAE

⁽²⁾Sequiron

⁽³⁾Huelva Asistencial

⁽⁴⁾Colegio O. Enfermería Huelva

⁽⁵⁾Hospital Vázquez Díaz. Huelva

⁽⁶⁾CECOFAR

OBJETIVOS

- Atención integral al paciente y su familia.
- Alivio de los síntomas (Control del dolor, ansiedad, miedo,...).
- Cuidar y respetar los aspectos psicológicos y espirituales de la persona.
- Prevención y apoyo en el duelo.

MATERIAL Y MÉTODO

Hemos realizado una revisión bibliográfica. Búsqueda en bases de datos Cochrane con palabras clave, "sedación paliativa" y "cuidados paliativos" filtrando a documentos publicados desde 2013 arrojando resultados anteriores a esta fecha.

RESULTADOS

Gracias a los cuidados, mejora la calidad de vida de los pacientes y sus familiares, porque previenen y alivian el sufrimiento. Siempre respetando los deseos del paciente.

CONCLUSIONES

Para el cuidado del paciente terminal hay que tener presente un enfoque integral abarcando todos sus aspectos (físicos, emocionales, psicológicos, sociales y espirituales). Además brindar apoyo a los familiares. Muchas veces el desconocimiento de la técnica o el miedo a la pérdida, bloquean a los familiares a tomar la decisión de una sedación paliativa llegado el momento. Por lo que llegamos a la conclusión que la comunicación es fundamental para mejorar la calidad de vida de este tipo de pacientes.

ENF-15 CUIDADOS DE LOS OJOS EN QUIROFANO, PREVENCIÓN DE LESIONES OCULARES

E. Ruiz Pavón, T. Ortigado Udías, R. Toledano Blanco

Enfermeras del Bloque Quirúrgico. Complejo Hospitalario Universitario de Huelva

INTRODUCCIÓN

La enfermera como miembro del equipo quirúrgico, tiene responsabilidades en cuanto a la seguridad del paciente durante la intervención. Estas responsabilidades se traducen, entre otras, en una correcta colocación del paciente en la mesa quirúrgica, compatible a su vez con un acceso cómodo a la zona a intervenir. La cirugía en decúbito prono va a requerir cuidados específicos, que irán marcados por las necesidades especiales de estas cirugías.

OBJETIVOS

Describir los cuidados de enfermería que llevaremos a cabo para proporcionar un entorno de seguridad al paciente, anticipando los riesgos y disminuyendo las complicaciones. La meta será conseguir una adecuada colocación del paciente, manteniendo su seguridad y confort durante la intervención, a la vez que contribuimos a un buen desarrollo de la cirugía.

METODOLOGÍA

Materiales:

- Protocolos de la Unidad, con especificación de la posición quirúrgica.
- Manuales de trabajo en quirófano.
- Experiencia personal
- Consulta a otros profesionales.

Método:

Recopilación de datos, análisis y resumen de la información obtenida, extrayendo criterios unificadores para la práctica diaria.

RESULTADOS

Mejor conocimiento de los principios básicos de posicionamiento quirúrgico, lo que se traduce en una mayor habilidad para colocar a los pacientes en posiciones seguras.

Mayor concienciación de que la colocación del paciente en la mesa quirúrgica es responsabilidad de todo el equipo, y de que la enfermería tiene también su función, muy ligada al cuidado del paciente.

CONCLUSIONES

Las lesiones oculares en el transcurso de la anestesia general pueden ser la consecuencia de una compresión directa del globo ocular o de mecanismos indirectos en los que intervienen factores tales como la posición quirúrgica, la anemia, la hipovolemia, la hipovolemia, etc. Las lesiones conjuntivales o comeales también pueden producirse por un mecanismo lesional directo. Las lesiones abarcan desde la simple abrasión corneal hasta verdaderas quemaduras definitivas.

Lesiones corneales

Cuando se las diagnostica, las lesiones corneales representan el 34-61% de las lesiones oftálmicas postoperatorias en una cirugía no oftalmológica. En el transcurso de la anestesia general, la abolición de los reflejos corneales de protección y la disminución de las secreciones lagrimales y del parpadeo regular hacen que la córnea sufra un defecto de hidratación que la expone a lesiones traumáticas. Un traumatismo directo es causa del 20% de las lesiones corneales, mientras que un defecto de oclusión lo es del 59-80%. El origen de estas complicaciones suele ser el movimiento de la cabeza durante la intervención más que una colocación defectuosa inicial.

Lesiones por oclusión de la arteria central de la retina

Las lesiones oftálmicas por compresión ocular son responsables de una oclusión de la arteria central de la retina. Estas lesiones son graves y responsables de cegueras definitivas unilaterales. La génesis de las lesiones se relaciona directamente con el aumento de la presión intraocular. Se asocia casi de forma constante a estigmas cutáneos de compresión ocular directa.

Lesiones por neuropatía óptica isquémica

Las pérdidas de visión pueden producirse también por una neuropatía óptica isquémica. Se trata de un verdadero infarto del nervio óptico. La mayoría de las veces, la pérdida de la visión es bilateral. Al respecto, la fisiopatología de estas pérdidas de visión postoperatorias es compleja y hasta ahora no se ha identificado ningún factor independiente claramente responsable. Entre los factores de riesgo: cirugía de más de 6 horas de duración, hipotensión arterial, anemia, hemorragia abundante con necesidad de transfusión y expansión volémica excesiva con cristaloides entre otros.

Una cuidadosa colocación del paciente antes de la intervención así como su vigilancia durante la misma, contribuye a prevenir los riesgos de una posición incorrecta, y disminuye las complicaciones en el postoperatorio, además de acortar tiempos quirúrgicos y de isquemia, al proporcionar abordajes más cómodos.

Cualquiera que sea el tipo de complicación oftálmica postural, la posición inicial y el control del paciente son los elementos clave de la prevención de lesiones oculares.

BIBLIOGRAFÍA

1. *Petroianu, Andy. Eller, Miranda. Marcelo, Gomes. De Oliveira, Reynaldo. blackbook cirugía. belo horizonte: blackbook editora, 2008.*
2. *Hilda Arias, Vera. importancia de las posiciones quirúrgicas y sus complicaciones. concepción, 2002. Atkinson, Berry y kohn. tecnicas de quirofono. 7ª edicion*

ENF-16 DESORDEN MULTISISTÉMICO

A. I. Santiago Quejido⁽¹⁾, A. A. Alfonso Martín⁽²⁾, L. Rivera Moreno⁽³⁾,
R. Martín Liscano⁽⁴⁾, L. González Martín⁽⁵⁾, A. Vázquez Morón⁽⁴⁾,
A. A. Salvador Gómez⁽⁶⁾, M. Quintana Palmeira⁽⁶⁾

⁽¹⁾CECOFAR

⁽²⁾SAE

⁽³⁾Sequiron

⁽⁴⁾Huelva Asistencial

⁽⁵⁾Colegio O. Enfermería Huelva

⁽⁶⁾Hospital Vázquez Díaz. Huelva

OBJETIVOS

Puesto que para la enfermedad de Behçet no existe cura, los objetivos se basan en:

Disminución del dolor.

Mejorar la calidad de vida del enfermo.

Controlar la enfermedad y mejorar su evolución con el tratamiento adecuado.

MATERIAL Y MÉTODO

Revista científica Scielo.

Desorden Multisistémico: También conocido como Síndrome de Behçet, es una patología crónica inflamatoria recidivante poco frecuente, que se caracteriza por la inflamación de los ojos, aftas en boca y genitales.

Para el diagnóstico se suele utilizar: La prueba del pathergy, así como analítica con determinados patrones para ser analizados y pruebas reumatológicas, aunque en la mayoría de los casos no son muy determinantes para el diagnóstico.

RESULTADOS

Realizar un rápido diagnóstico es fundamental, para evitar en medida de lo posible el avance de la enfermedad, así como sus complicaciones.

El tratamiento multidisciplinar fue crucial para el diagnóstico y tratamiento correcto de las lesiones.

Los fármacos más comúnmente utilizados: corticoesteroides, inmunosupresores, reguladores inmunológicos y agentes citostáticos.

CONCLUSIONES

La enfermedad o síndrome de Behçet no tiene cura, puede llevar años dar un diagnóstico cierto, por lo cual, se debe orientar a la persona sobre su enfermedad y facilitarle toda la información posible acerca de ella, para que mientras dure su estudio le sea lo más llevadera posible.

ENF-17 DIABETES MELLITUS TIPO II Y DISFUNCIÓN ERÉCTIL AUTORES

A. I. Santiago Quejido⁽¹⁾, A. A. Alfonso Martín⁽²⁾, L. Rivera Moreno⁽³⁾,
R. Martín Liscano⁽⁴⁾, L. González Martín⁽⁵⁾,
A. Vázquez Morón⁽⁴⁾, A. A. Salvador Gómez⁽⁵⁾, M. Quintana Palmeira⁽⁶⁾

⁽¹⁾CECOFAR

⁽²⁾SAE

⁽³⁾Sequiron

⁽⁴⁾Huelva Asistencial

⁽⁵⁾Colegio O. Enfermería Huelva

⁽⁶⁾Hospital Vázquez Díaz. Huelva

OBJETIVOS

Determinar la prevalencia de disfunción eréctil en los pacientes con DM2 en edad productiva, en el primer nivel de atención.

MATERIAL Y MÉTODO

Revista científica Scielo.

Interrogatorio directo (120 pacientes) para determinar la presencia de disfunción eréctil, además de la obtención de datos como edad, tiempo de evolución de la enfermedad, tabaquismo, tratamiento específico en el último mes, cifras de hemoglobina glucosilada, estado nutricional del paciente.

RESULTADOS

Del total de 120 pacientes, 66 pacientes presentaron algún grado de disfunción eréctil, 33 presentaron disfunción leve, 23 disfunción moderada y 9 cursaron con disfunción eréctil grave.

Por grupos de edad, se obtuvo que el grupo de 30-39 años la prevalencia fue del 12,12%, de 40-49 años fue del 24,24% y de 50 a 60 años de 62,12%.

Al momento del muestreo 50% de los pacientes se encontraban con un adecuado control glucémico.

CONCLUSIONES

Se encontró que los pacientes con DM2 descontrolada presentan 5,5 más probabilidad para desarrollar disfunción eréctil, en comparación con los pacientes portadores de DM2 con enfermedad controlada.

La prevalencia de DSE es mayor en medida que aumenta la edad del paciente, y los pacientes con niveles más altos de hemoglobina glucosilada, presentaron grados más severos de disfunción eréctil.

ENF-18 SÍFILIS: LA GRAN SIMULADORA

A. I. Santiago Quejido⁽¹⁾, A. A. Alfonso Martín⁽²⁾, L. Rivera Moreno⁽³⁾,
R. Martín Liscano⁽⁴⁾, L. González Martín⁽⁵⁾, A. Vázquez Morón⁽⁴⁾,
A. A. Salvador Gómez⁽⁵⁾, M. Quintana Palmeira⁽⁶⁾

⁽¹⁾CECOFAR

⁽²⁾SAE

⁽³⁾Sequiron

⁽⁴⁾Huelva Asistencial

⁽⁵⁾Colegio O. Enfermería Huelva

⁽⁶⁾Hospital Vázquez Díaz. Huelva

OBJETIVOS

Revisar la epidemiología. La clasificación clínica. El diagnóstico de la enfermedad. Tratamiento más adecuado para la sífilis.

MATERIAL Y MÉTODO

Revista científica Scielo. El agente causal de la sífilis pertenece al género *Treponema* y se denomina como *Treponema pallidum*. La sífilis, junto con la tuberculosis, son consideradas como las grandes simuladoras, ya que pueden simular cualquier tipo de enfermedad y porque los médicos las pueden confundir con cualquier.

RESULTADOS

La sífilis primaria es la primera etapa, en la que se forman úlceras indoloras, 2 a 3 semanas después de la primera infección. Es posible que la persona no note las úlceras o algún otro síntoma, especialmente, si están ubicadas en el interior del recto o en el cuello uterino. Las úlceras desaparecen en un período de 4 a 6 semanas. La sífilis secundaria se presenta de 2 a 8 semanas después de la aparición de las primeras úlceras. Alrededor de 33% de los que no reciben tratamiento para la sífilis primaria, desarrolla esta segunda etapa. La etapa final de la sífilis es la llamada sífilis terciaria y en ella la infección se disemina al sistema nervioso, el corazón, la piel y a los huesos.

CONCLUSIONES

El uso de preservativos es fundamental para disminuir el riesgo de adquirir esta enfermedad. Una vez adquirida, se debe realizar un tratamiento efectivo con el fin de evitar complicaciones cerebrales, del sistema nervioso y cardíacas.

ENF-19 DIFTERIA

A. A. Alfonso Martín⁽¹⁾, L. Rivera Moreno⁽²⁾, R. Martín Liscano⁽³⁾, L. González Martín⁽⁴⁾,
A. Vázquez Morón⁽³⁾, A. A. Salvador Gómez⁽⁴⁾,
M. Quintana Palmeira⁽⁵⁾, A. I. Santiago Quejido⁽⁶⁾

⁽¹⁾SAE

⁽²⁾Sequiron

⁽³⁾Huelva Asistencial

⁽⁴⁾Colegio O. Enfermería Huelva

⁽⁵⁾Hospital Vázquez Díaz. Huelva

⁽⁶⁾CECOFAR

OBJETIVOS

Detectar la enfermedad lo antes posible. Examen físico y del interior de la boca. Tinción de Gram o cultivo de exudado faríngeo para identificar la *Corynebacterium diphtheriae*. Electrocardiograma (ECG).

MATERIAL Y MÉTODO

Revista científica Scielo. La difteria es extremadamente contagiosa. Esta generalmente se transmite de persona a persona por gotitas de secreciones contenidas con el bacilo *C. Diphtheriae* por vía aérea. El período de incubación de la enfermedad es de 1-10 días, con una media de 2-5 días. La enfermedad predomina en personas de bajo recursos económicos, con una muy mala Higiene, que viven hacinadas y en zonas templadas.

RESULTADOS

El tratamiento estará determinado por cuatro factores: la edad del paciente, el estado de salud general, Los antecedentes médicos, Tolerancia a medicamentos, procedimientos o tratamiento · En cuadros crónicos es necesario hospitalizar al paciente, para esos casos se utiliza la antitoxina diftérica que se administra como inyección por vía intramuscular o a través de una vía intravenosa y luego se trata la infección con antibióticos, como penicilina o eritromicina.

CONCLUSIONES

El método más efectivo de controlar los índices de esta enfermedad es la vacuna la cual estimula al sistema inmune para hacer anticuerpos contra la toxina de la difteria y de este modo protege contra la enfermedad. La vacuna de la Difteria, está incluida en el calendario de vacunaciones: 2 meses, 4 meses, 6 meses, 15 a 18 meses, 4 a 6 años, 11 a 12 años. Cada 10 años, dosis de refuerzo contra el tétanos.

ENF-20 UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DE AGUDOS DE CUIDADOS PALIATIVOS VERSUS UNIDAD PARA EL BIEN MORIR

P. Sariego Morillo, J. E. Herrero Fenoll, R. Salguero Cotan, I. Monte Rico,
J. M. Blanco Hidalgo

Unidad de Cuidados Paliativos, UCAMI HHUU Virgen del Rocío, Sevilla

OBJETIVOS

Determinar el número de pacientes en estado agónico que atendemos, procedencia y estancia en la Unidad.

MÉTODO

Análisis cuantitativo del perfil de las personas atendidas, a través de los ítems extraídos de las historias clínicas de los 175 fallecidos en el primer trimestre de 2015 en nuestra Unidad de Cuidados Paliativos. Estos son: edad, servicio de procedencia, días de estancias desde su ingreso a su fallecimiento.

RESULTADOS

En relación con la edad: destaca 63% de los fallecidos son mayores de 70 años y 6% menores de 50 años. En cuanto a la procedencia: 31% son derivados desde el Servicio de Urgencia, 23% de Hospitalización Domiciliaria y 17% del servicio de MI. El tiempo de estancia en la UCP transcurrido hasta su fallecimiento destaca que el 26% sea de hasta 3 días, 40% sea menos de 24 horas, y dentro de este aproximadamente el 30% sea menos de 6 horas.

CONCLUSIONES

Alto porcentaje de personas mayores de 70 años, lo que concuerda con la expectativa de vida existente en España. El alto porcentaje de personas que ingresan en estado agónico o preagónico, siendo atendidos por las enfermeras tanto él como su familia, un solo día e incluso horas. Muchas especialidades médicas usan la unidad de Cuidados Paliativos como lugar para una muerte digna. Muchos enfermos están en tratamiento paliativo en su especialidad, y son derivados a la unidad días antes de su fallecimiento. Enfermeros cualificados para atender el duelo en las familias en escaso periodo de estancia y a pacientes moribundos, lo cual crea insatisfacción con la labor desempeñado.

ENF-21 VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA

A. A. Salvador Gómez⁽¹⁾, M. Quintana Palmeira⁽²⁾, A. I. Santiago Quejido⁽³⁾,

A. A. Alfonso Martín⁽⁴⁾, L. Rivera Moreno⁽⁵⁾,

R. Martín Liscano⁽⁶⁾, L. González Martín⁽¹⁾, A. Vázquez Morón⁽⁶⁾

⁽¹⁾Desempleado. Colegio de enfermería de Huelva

⁽²⁾Hospital Vázquez Díaz. Huelva

⁽³⁾Cecofar, Huelva

⁽⁴⁾Desempleada. SAE, Huelva

⁽⁵⁾Serquiron. Huelva

⁽⁶⁾Huelva Asistencial. Huelva

INTRODUCCIÓN

La intubación endotraqueal con ventilación mecánica convencional es el tratamiento habitual de la insuficiencia respiratoria. Sin embargo, a veces se pueden producir efectos secundarios importantes, fundamentalmente de tipo infeccioso y por barotrauma. La ventilación mecánica no invasiva (VMNI), ha demostrado ser una alternativa eficaz, ya que disminuye la incidencia de complicaciones y reduce costes. De hecho, en el momento actual se considera de primera elección en pacientes con insuficiencia respiratoria secundaria a Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) reagudizada y en inmunocomprometidos, además se utiliza habitualmente en pacientes con asma, neumonía y edema agudo de pulmón.

La VMNI puede definirse como cualquier forma de soporte ventilatorio administrado sin necesidad de intubación endotraqueal. La demostración de la eficacia de la presión positiva en la vía aérea mediante mascarillas y el desarrollo de respiradores portátiles y relativamente fáciles de manejar ha propiciado el gran auge de esta técnica ventilatoria en el tratamiento de la insuficiencia respiratoria aguda y de la crónica.

OBJETIVOS

Conocer las alternativas a la intubación orotraqueal

Describir los beneficios de la Ventilación mecánica no invasiva frente a la invasiva

Puntualizar la relación riesgo-beneficio de la VMNI

METODOLOGÍA

Revisión bibliográfica sobre la ventilación mecánica no invasiva de los resultados encontrados en pubmed y mediante el buscador google scholar. Análisis de las revisiones hechas por Cochrane plus. Tras la búsqueda y análisis se extrajeron los datos más relevantes y la información más importante para exponerla.

RESULTADOS

La administración de presión positiva al final de una espiración produce la apertura de los alvéolos inundados o colapsados, mientras aumenta la capacidad funcional y mejora el

intercambio gaseoso. Además del efecto mecánico sobre los grandes vasos torácicos y la reducción de la potscarga cardíaca, la ventilación mecánica no invasiva merma el trabajo respiratorio en parte al reducir la resistencia de la vía aérea superior, que puede estar aumentada por el edema de tejido blando asociado a la falla cardíaca.

Las indicaciones principales serían:

1. Descompensación de enfermedad neuro-muscular o de caja torácica.
2. Exacerbaciones de la EPOC.
3. Insuficiencia Respiratoria Aguda en el postoperatorio o postextubación.
4. Pacientes en espera de trasplante pulmonar.
5. Edema pulmonar cardiogénico con estabilidad hemodinámica.
6. Neumonía, asma, pacientes inmunocomprometidos.
7. Destete de la ventilación mecánica invasiva.
8. Situaciones de no respuesta a los tratamientos convencionales.

Contraindicaciones de la ventilación mecánica no invasiva Absolutas

1. Paro cardíaco o respiratorio.
2. Encefalopatía aguda.
3. Inestabilidad hemodinámica.
4. Arritmias cardíacas inestables.
5. Hemorragia digestiva alta.
6. Neumotórax no drenado.
7. Cirugía facial, trauma o deformidad.
8. Paciente no colaborador.
9. Quemaduras o lesiones de la vía aérea superior.

Relativas

1. Intolerancia-ansiedad.
2. Inadecuado manejo de secreciones.
3. Obstrucción de vía aérea superior.
4. Glasgow < 10
5. Emesis, distensión gástrica.

CONCLUSIONES

Se ha demostrado que en urgencias, en casos específicos como patologías potencialmente recuperables, pacientes cuya situación basal desaconseja medidas intensas y pacientes con enfermedad crónica en los que no están indicadas medidas de ventilación mecánica invasiva. Es útil si se administra correctamente por personal idóneo y con la monitorización adecuada y el equipo necesario de intervención si fracasa la misma. De lo contrario, la VMNI podría convertirse en un factor de retraso de la intubación orotraqueal y causa de aumento de la mortalidad hospitalaria.

ENF-22 ANSIEDAD ANTE LA MUERTE

A. A. Salvador Gómez⁽¹⁾, M. Quintana Palmeira⁽²⁾, A. I. Santiago Quejido⁽³⁾,

A. A. Alfonso Martín⁽⁴⁾, L. Rivera Moreno⁽⁵⁾,

R. Martín Liscano⁽⁶⁾, L. González Martín⁽¹⁾, A. Vázquez Morón⁽⁶⁾

⁽¹⁾*Desempleado. Colegio de enfermería de Huelva*

⁽²⁾*Hospital Vázquez Díaz. Huelva*

⁽³⁾*Cecofar, Huelva*

⁽⁴⁾*Desempleada. SAE, Huelva*

⁽⁵⁾*Serquiron. Huelva*

⁽⁶⁾*Huelva Asistencial. Huelva*

INTRODUCCIÓN

A lo largo de su trayectoria vital una persona debe hacer frente a muchas situaciones que generan un gran impacto emocional. Posiblemente uno de los acontecimientos más críticos es la conciencia de la propia muerte. La muerte o su proximidad suscita un amplio abanico de emociones y actitudes, entre las más frecuentes se encuentran la ansiedad, depresión y miedo. A ello contribuye el hecho de que la sociedad occidental trata la muerte con distanciamiento y como un tema tabú. En general, la ansiedad es una reacción emocional ante la percepción de peligro o amenaza, que engloba tanto aspectos fisiológicos como cognitivos. Las personas que sienten próxima su muerte, experimentan su proceso de forma individual basado en creencias, calidad de vida y control de síntomas.

OBJETIVOS

- Describir el diagnóstico de enfermería de Ansiedad ante la muerte
- Saber identificar el diagnóstico
- Diferenciar entre este y otros diagnósticos

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó una búsqueda en pubmed y scholar. Google sobre el diagnóstico ansiedad ante la muerte. Se analizó descriptivamente lo encontrado en los artículos más relevantes. Además se buscó el diagnóstico en Nanda para concretar su definición, factores relacionados y manifestaciones.

RESULTADO

Se encontró que en personas ingresadas que no están diagnosticadas de enfermedad terminal también existe la percepción de muerte generándose el diagnóstico ansiedad ante la muerte que ahora se detalla.

Diagnóstico de enfermería: Ansiedad ante la muerte: (00147)

Definición: Sensación vaga y preocupante de inquietud o temor provocada por la percepción de una amenaza real o imaginada a la propia existencia.

Factores relacionados:

-Anticipación de consecuencias adversa derivadas de la anestesia general -Anticipación del impacto de la propia muerte sobre los demás. -Anticipación de dolor. -Anticipación de sufrimiento. -Discusiones sobre el tema de la muerte. -Experimentar el proceso de agonía. -Rechazo de la propia mortalidad.

Características definitorias:

-Preocupación sobre el impacto de la propia muerte sobre las personas allegadas. -Impotencia ante los temas relacionados con la agonía. -Anticipación de dolor relacionado con la agonía. -Tristeza profunda. -Miedo al proceso de morir. -Pérdida total de control sobre cualquier aspecto de la propia muerte. – Miedo a desarrollar una enfermedad terminal. -Informes de temor a una agonía prolongada. -Informes de temor a perder capacidades mentales durante la agonía.

CONCLUSIONES

Ante las situaciones de enfermedad cada persona reacciona de forma diferente según su historia vital, experiencias previas y su personalidad. Por este motivo a muchas personas cuando ingresan en un hospital siente la muerte como próxima o inminente, lo que provocara una respuesta de ansiedad ante la muerte que hará que su vivencia sea muy problemática. Es importante detectar este diagnóstico para intervenir y conseguir disminuir su ansiedad y consiguiendo así que aumente su calidad de vida.

ENF-23 ENFERMERÍA GESTORA DE CASOS. IMPRESCINDIBLE EN LA CONTINUIDAD DE CUIDADOS Y ATENCIÓN INTEGRAL

A. A. Salvador Gómez⁽¹⁾, M. Quintana Palmeira⁽²⁾, A. I. Santiago Quejido⁽³⁾,
A. A. Alfonso Martín⁽⁴⁾, L. Rivera Moreno⁽⁵⁾,
R. Martín Liscano⁽⁶⁾, L. González Martín⁽¹⁾, A. Vázquez Morón⁽⁶⁾

⁽¹⁾*Desempleado. Colegio de enfermería de Huelva*

⁽²⁾*Hospital Vázquez Díaz. Huelva*

⁽³⁾*Cecofar, Huelva*

⁽⁴⁾*Desempleada. SAE, Huelva*

⁽⁵⁾*Serquiron. Huelva*

⁽⁶⁾*Huelva Asistencial*

INTRODUCCIÓN

Las enfermeras de enlace, que es como inicialmente se denominaron en Andalucía a las enfermeras gestoras de casos, enmarcan su trabajo en un modelo de práctica avanzado

dirigido a un grupo poblacional concreto: los pacientes frágiles y vulnerables con grandes necesidades de cuidados en domicilio. Este modelo, la gestión de casos, está definido por The Case Management Society of America (CMSA) como el proceso de colaboración mediante el cual se valora, planifica, aplica, coordina, monitoriza y evalúan las opciones y servicios necesarios para satisfacer las necesidades de salud de una persona, articulando la comunicación y los recursos disponibles para promover unos resultados de calidad y eficaces. En Andalucía se adopta este modelo tras la publicación del Real Decreto 137/2002 de Apoyo a las Familias Andaluzas. Donde se define las enfermeras de enlace, más tarde llamadas gestoras de casos, Sus funciones, capacidades y responsabilidades. Esto hace que Andalucía sea pionera en la prestación coordinada de cuidados a los pacientes que necesitan cuidados complejos.

METODOLOGÍA

- Reconocer el trabajo de la enfermería gestora de casos
- Valorar el modelo de gestión de casos
- Comprobar la eficiencia de este modelo

Revisión bibliográfica de los artículos más relevantes sobre la gestión de casos y enfermería. Ya sea en España o fuera del ámbito nacional. Realizada en Pubmed y el scholar, google. Comparando datos obtenidos en estudios anglosajones y Españoles.

RESULTADOS

Tras la revisión se encontraron estos principios de la gestión de casos, que deben regir su forma de actuar: Entorno centrado en el cliente y cuidadores, Respuestas según sus características y los cambios en sus necesidades, Respeto sus decisiones, la cultura y los valores. Promoción de la salud, prevención de enfermedades y reducción de riesgos a través de la educación y el fomento de las conductas de autocuidado, Promoción de la independencia de los clientes, Creatividad e innovación, Comunicación eficaz., Actitud respetuosa y de colaboración, Participación de la familia y de los servicios comunitarios, Marco ético profesional, Abogar en nombre de los clientes, Incorporación de práctica basada en la evidencia. Bajo estos pilares se encuentra un modelo de gestión que no solo beneficia al paciente con el aumento de la calidad en los cuidados prestados, sino que además consigue reducir los costes del sistema sanitario evitando rehospitalizaciones y consiguiendo que puedan producirse altas hospitalaria a domicilio de forma más rápida y eficiente.

CONCLUSIONES

La implementación de la metodología de la gestión de casos puede influir positivamente en la reducción del número de hospitalizaciones y readmisiones, contribuir a retrasar el ingreso en residencias, mejorar el grado de satisfacción del paciente con el sistema y reducir la carga de los cuidadores no profesionales.

Por lo que consideramos imprescindible su rol en el Servicio de Salud para conseguir una alta relación entre calidad y coste convirtiendo al sistema más eficiente y haciendo que el paciente recobre el empoderamiento sobre su enfermedad, algo que se pierde al usar el modelo paternalista o biomédico. Y de esta manera conseguir mejorar la sostenibilidad y gestión de recursos del Sistema andaluz de Salud

ENF-26 MONITORIZACIÓN DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN A TRAVÉS DEL REGISTRO EN LA ESTACIÓN DE CUIDADOS DEL DIRAYA DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA (DAH)

A. Rojas López, M. Martínez López, M. M. Luque Mérida, P. Trillo López
Hospital Virgen de la Victoria de Málaga

OBJETIVOS

Determinar la prevalencia y al incidencia de úlceras por presión en nuestra unidad. Identificar áreas de mejora en la práctica clínica relacionada con el cuidado.

METODOLOGÍA

Las úlceras por presión (UPP) constituyen un importante problema por sus repercusiones en diferentes ámbitos. Son causa de aumento de la estancia hospitalaria, y del consumo de recursos para el sistema de salud, pudiendo alcanzar responsabilidades legales al considerarse un problema evitable en la mayoría de ocasiones (según el Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlcera por Presión y Heridas Crónicas -GNEAUPP-un 95% de ellas). Desde la implantación de DAH, se ha convertido en un escenario accesible para los sistemas de información, y la explotación de la información a través de la aplicación del gestión del conocimiento de la estación de cuidados permite, no solo contabilizar las UPP (prevalencia), sino asomarnos a la incidencia a través de la identificación del origen de la úlcera, señalando las que están presentes al ingreso del paciente.

RESULTADOS

La explotación de los datos referentes a 2014 señala que sobre un total de 2330 episodios de ingreso, tuvimos una incidencia de UPP de un 1.88% (44) y una prevalencia de UPP del 4.68% (109). El primer cuatrimestre de 2015 con 711 episodios, señala una incidencia del 0.56% (4) y una prevalencia del 1.68% (12).

CONCLUSIONES

Los datos coinciden con los resultados de la bibliografía de referencia, donde hay que destacar que los márgenes son muy imprecisos. La potencia que confiere el DAH se centra no solo en su capacidad de registros, sino que al ser una aplicación de uso corporativo sería muy fácil obtener resultados poblacionales rotundos con muestra muy grandes en

breve espacio de tiempo. La mejora en el aplicativo y de la cultura de registro, ya que el infraregistro es sin duda el talón de Aquiles de estas herramientas son las áreas de mejora por abordar de manera inmediata.

ENF-28 USO DE FENOBARBITAL EN LA SEDACIÓN REFRACTARIA A BENZODIACEPINAS

F. M. Jiménez Gutiérrez, M. T. Moyano París, J. R. García Salcines,
R. Gómez Huelgas, M. P. Piña Fernández

Unidad de Cuidados Paliativos. UGCI Medicina Interna. Hospitales Universitarios Regional y Virgen de la Victoria de Málaga

OBJETIVO

Comunicar nuestra experiencia en el uso del fenobarbital en sedaciones refractarias a benzodiazepinas en pacientes paliativos.

PACIENTES Y MÉTODOS

Caso 1: Varón de 60 años diagnosticado de ELA de predominio bulbar con disfagia grave, y angustia vital. Antecedentes de abuso de benzodiazepinas. Cuando se acordó la sedación por sus síntomas refractarios, no tuvo efectividad el uso de midazolam, incluso con dosis de 22,5 mg cada cuatro horas, asociado a levomepromacina, permaneciendo con Ramsay 3-4. Se consiguió sedación óptima con una perfusión continua intravenosa de 800 mg de fenobarbital cada 24 horas. Aunque se le pautaron rescates con 200 mg de fenobarbital subcutáneo, éstos no fueron necesarios, ya que se consiguió una sedación óptima con la dosis intravenosa pautada.

Caso 2: Mujer de 66 años diagnosticada de cáncer de esófago y de laringe, traqueostomizada y con antecedentes de adicción a estupefacientes. Cuando precisó sedación paliativa, presentó una marcada tolerancia a las elevadas dosis de benzodiazepinas pautadas, 22,5 mg cada cuatro horas. Se inició sedación con 200 mg de fenobarbital cada cuatro horas, vía subcutánea, y rescates de 200 mg por la misma vía. Debido a la respuesta parcial obtenida, se decidió cambiar a una perfusión intravenosa de 800 mg de fenobarbital cada 24 horas, alcanzándose una sedación óptima.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Las benzodiazepinas representan el tratamiento estándar en situaciones de sedación paliativa (1-4). Sin embargo, algunos pacientes presentan una marcada tolerancia a las benzodiazepinas, por lo que son necesarios otros tratamientos (5,6). En la actualidad, no existen directrices claras sobre la actuación en estos casos (4). En nuestra experiencia, el fenobarbital representó una buena alternativa a las benzodiazepinas para la sedación óptima

en pacientes con alta tolerancia a las mismas. Su administración intravenosa consiguió una respuesta más rápida y unos niveles de sedación más profundos que la vía subcutánea.

ENF-29 DIECISÉIS AÑOS DE EXPERIENCIA EN CONTINUIDAD ASISTENCIAL. UNA BUENA HERRAMIENTA PARA PACIENTES CRÓNICOS AVANZADOS Y PALIATIVOS

M. V. Gomez Sánchez⁽¹⁾; M. L. Segura Hurtado⁽¹⁾; A. Ruiz Acosta⁽¹⁾;
E. Bayoll Serradilla⁽¹⁾, S. Vergara López, Salvador⁽²⁾

*⁽¹⁾Enfermera UGC Medicina Interna, ⁽²⁾FEA Coordinador de UGC Medicina Interna.
Hospital el Tomillar, Área Hospitalaria de Valme. Sevilla*

OBJETIVOS

Describir las actividades enfermeras incluidas dentro de la continuidad asistencial (CA).

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo realizado en el Hospital del Tomillar (Sevilla) durante el período comprendido entre 1994 y 2015. Se analizaron las actividades de enfermería encuadradas dentro de la CA de pacientes crónicos avanzados y paliativos (oncológicos y no oncológicos).

RESULTADOS

Las actividades se realizan fundamentalmente en dos áreas: 1/ hospitalización: sectorización de pacientes por área geográfica; realización del plan de cuidados; realización del informe de continuidad de cuidados al alta; talleres de educación sanitaria para cuidadores; 2/ Hospital de día: sectorización de pacientes por área geográfica; acto único a demanda y sin demora; contacto telefónico directo con atención primaria y cuidadores; ingresos directos desde domicilio.

CONCLUSIONES

1/ las actividades enfermeras de CA en el H. Tomillar garantizan la constancia del equipo médico-enfermera durante todo el proceso asistencial del paciente; 2/ estas actividades facilitan la comunicación recíproca entre atención hospitalaria, atención primaria y domicilio del paciente; 3/ el hecho de su permanencia durante un período tan prolongado de tiempo sugiere su validez para dar respuestas adecuadas a las necesidades de estos pacientes.

ENF-30 LOS PROGRESOS DEL IMPLANTE PERCUTÁNEO DE PRÓTESIS VALVULAR AÓRTICA

N. Martín Montero⁽¹⁾, C. García Libroero⁽²⁾, A. Bravo Adame⁽³⁾

⁽¹⁾Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva

⁽²⁾Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla

⁽³⁾Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

OBJETIVOS

Conocer el impacto de del implante percutáneo de prótesis valvular aórtica en el papel de la enfermería.

METODOLOGÍA

Se realiza una revisión sistemática exhaustiva sobre la evidencia científica relacionada con el tema de estudio. Se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica en las bases de datos Medline, Pubmed, Scielo, Cuiden hasta mayo de 2015. La identificación de artículos potencialmente útiles nos llevó a acotar la fecha de publicación de los mismos a los años 2007-2015.

RESULTADOS

El profesional de enfermería desempeña un papel fundamental en la recuperación de la persona a quien se le ha implantado la válvula aórtica transcatóter. Los conocimientos actuales y sustentados en evidencia científica sobre las posibles complicaciones y los cuidados posteriores aportan seguridad y calidad al proceso asistencial (1) La mortalidad hospitalaria observada en este estudio fue de 8.3%, y a partir del primer mes 12.5%, significativamente menor a la esperada, lo que se traduce en un avance importante para el tratamiento de patologías cardíacas. Diferentes estudios coinciden en la importancia en sus resultados de la vigilancia en el postoperatorio y la supervisión de la enfermería, para servir de apoyo en una intervención inmediata y urgente. (1)(2)(3).

CONCLUSIONES

Lo que se puede concluir de todos los estudios como idea primordial es que esta nueva técnica está revolucionando el campo de la cirugía cardiológica y la enfermería tiene un papel importante, ya que el postoperatorio es de vital importancia, por las posibles complicaciones tanto inmediato como a medio-largo plazo. Por ello desde nuestro campo tenemos la función de supervisar y analizar posibles señales que indiquen riesgos, para esto es de suma importancia una formación adecuada e intervenciones derivadas de un criterio basado en la eficiencia y la excelencia. Debemos ser conscientes de que una adecuada capacitación enfermera puede evitar posibles complicaciones (2).

BIBLIOGRAFÍA

1. Martínez M, Olvera SS. Cuidado de enfermería a la persona con estenosis aórtica severa posterior al implante valvular aórtico transcatóter. *Investig Enferm. Imagen Desarr.* (Barc.) 2015; 17(1):45-64.
2. Quarchioni E, Esquivel M, Gerardo L, Licheri A. Servicio de Cardiología Sanatorio de Diagnóstico y Tratamiento. Registro prospectivo monocéntrico del implante valvular aórtico percutáneo *Rev Fed Arg Cardiol.* (Argent) 2014; 43(3): 125-129.
3. Lauck S, Mackay M, Galte C, Wilson M. A New Option for the Treatment of Aortic Stenosis: Percutaneous Aortic Valve Replacement. *Rev. Criticalcare nurse* (British Columbia) 2008;28(3):40-52.

ENF-31 INTERVENCIÓN ENFERMERA EN EL PACIENTE CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA (EPOC)

N. Martín Montero⁽¹⁾, C. García Libroero⁽²⁾, A. Bravo Adame⁽³⁾

⁽¹⁾Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva

⁽²⁾Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla

⁽³⁾Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

OBJETIVOS

Reflexionar sobre el papel de la enfermería en el tratamiento y seguimiento del paciente con EPOC.

METODOLOGÍA

Se realiza una revisión basada en el análisis y reflexión de la evidencia científica relacionada con la función de la enfermería en relación con el paciente diagnosticado de EPOC. Se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica en las bases de datos Medline, Pubmed, Scielo, Cuiden hasta mayo de 2015. La identificación de artículos potencialmente útiles nos llevó a acotar la fecha de publicación de los mismos a los años 2012-2015.

RESULTADOS

Gran parte de los cuidados y educación sanitaria necesaria para el paciente, es responsabilidad del profesional de enfermería (1). Desde el ámbito de la enfermería debemos proporcionar conocimientos adaptados, a la persona con EPOC y su contexto. (2) En cuanto a las intervenciones enfermeras interrelacionadas con las médicas para el diagnóstico de la EPOC consistirán en: espirometría, prueba de marcha, teleasistencia, fisioterapia y los ejercicios para la musculatura, y tener en cuenta la adecuación de criterios diagnósticos (3). Desde la enfermería se contribuye a mejorar la vida de los pacientes afectados con EPOC evidenciando los beneficios de la educación terapéutica, siendo motivos suficientes para

aplicar de forma generalizada un programa educativo en estos pacientes, proporcionándoles un mayor control de la enfermedad y una mejor y más eficiente gestión de la enfermedad por parte del sistema sanitario.(1)

CONCLUSIONES

Es destacable la necesidad de implantar programas de atención integral para los pacientes de EPOC, ya que durante la búsqueda nos hemos percatado de la falta de guías con lenguaje enfermero, a pesar de la importancia fundamental que tiene en esta patología nuestra labor. Otra conclusión importante es el hecho de que llevando a cabo un programa de atención integral para afectados de EPOC, podríamos maximizar el beneficio recortando gastos con una productividad muy alta y un ahorro importante, ya que esta enfermedad supone un gasto importante, tanto para los servicios de salud como para el paciente y familia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Folch A, Orts M, Maciá L, Seijas N, Hernández C. Estudio multicéntrico de intervención para la prevención de la exacerbación por Enfermedad pulmonar obstructiva crónica. “APRENDEPOC” *Recién Rev Investig Enferm. (Alicante) 2014; 9:1-2*
2. Gutiérrez V. Oxigenoterapia crónica. Propuesta enfermera para mejorar la deambulación de los pacientes. *Recién Rev. Investig Enferm (León) 2014; (6)2.*
3. Díaz GJ, Palmeiro G, Valiño MD, Robles A, Fernández MJ, Reinoso S, et al. Adecuación diagnóstica en la enfermedad pulmonar obstructiva crónica revista calidad asistencial (Ourense) 2012; 27(6):305-310

ENF-32 EL DOLOR, EVITAR O ALIVIAR, UN RETO PARA EL CUIDADO ENFERMERO.

N. Martín Montero⁽¹⁾, C. García Libroero⁽²⁾, A. Bravo Adame⁽³⁾

⁽¹⁾Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva

⁽²⁾Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla

⁽³⁾Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

OBJETIVOS

Analizar el papel de la enfermería en relación al tratamiento del dolor.

METODOLOGÍA

Se realizó una revisión bibliográfica narrativa-descriptiva, analizando la bibliografía, estudios y artículos relacionados con el dolor y el papel de la enfermería. Para ello hemos realizado dicha búsqueda en Google Académico y en las bases de datos Medline, Cuiden y Pubmed incluyendo aquellos artículos comprendidos entre los años 2005 y 2015, aunque centrándonos en éste último año.

RESULTADOS

La esencia de Enfermería, tiene relevancia fundamental como una acción que hace la diferencia al lidiar con el dolor. El dolor es muy difícil de evaluarse, pues depende del tipo de alteraciones existentes, desde las físicas, como los sentimientos y pensamientos de la persona (1). En cuanto al tratamiento del dolor los estudios nos muestran la necesidad de profundizar más en la farmacología fundamental de los analgésicos (2) (3) aunque algunos resultados nos muestran un mejor conocimiento de los principios básicos del tratamiento del dolor en las nuevas generaciones de Enfermería (2). Otro de los estudios nos muestra entre sus resultados una alta proporción de pacientes con dolor moderado-severo durante las primeras 24 horas posoperatorias lo que conlleva una participación activa de los profesionales de salud que brindan atención al paciente durante el periodo posoperatorio.

CONCLUSIONES

La enfermera debe tener la capacidad para evaluar y de forma correcta el dolor postoperatorio, y saber elegir entre las diferentes escalas disponibles la que mejor se adapte para realizar la valoración de nuestro paciente, sin olvidar la subjetividad del mismo. Debemos ser conscientes de que al enfrentarnos al dolor en nuestro día a día debemos tener un conocimiento científico actualizado para garantizar una atención hacia la excelencia y una eficiencia en nuestros cuidados. Y otra cuestión importante es el hecho de que hemos comprobado durante esta revisión que el dolor postoperatorio es un diagnóstico común de enfermería que padecen los pacientes sometidos a una intervención quirúrgica y que según la literatura está infravalorado e infratratado.

BIBLIOGRAFÍA

1. Waldow VR. *Cuidado humano. La vulnerabilidad del ser enfermo y su dimensión de trascendencia*. Rev. Investig Index de Enfermería (Gran) 2014; 23(4):234-238
2. Sánchez-Sánchez RM, Pernía JV, Calatrava J. *Tratamiento del dolor en los estudios de enfermería* Rev Soc Esp Dolor (Burg) 2005; 12: 81-85.
3. Moreno M, Muñoz MR, Interrial MG. *Satisfacción con el manejo del dolor posoperatorio en pacientes hospitalizados. Satisfacción con el manejo del dolor posoperatorio en pacientes hospitalizados*. (Aquichan). 2014; 14 (4):460-472.

ENF-33 ¡ENFERMERA! SI ESTÁS QUEMADA EN TU TRABAJO, ¡LA SOLUCIÓN ESTÁ EN TUS MANOS!

M. P. Tierra Burguillo, M. C. García García, M. Rodríguez García,
G. Castillo de Oliveira, M. P. Álvarez Palacios

OBJETIVO

Conocer los beneficios que ofrece la terapia de tacto terapéutico (Reiki) en el síndrome de burnout en la profesión enfermera.

METODOLOGÍA

Se ha realizado búsqueda bibliográfica en las siguientes bases de datos: Google Académico, MEDLINE, Cochrane Library Plus y Dialnet con limitaciones de fechas, sólo aceptando los documentos desde el año 2011. Los descriptores de ciencias de la salud utilizados han sido: Tacto Terapéutico, Dolor, Fibromialgia, Enfermeras Clínicas, Personal de Enfermería en el Hospital El idioma con el que se han llevado a cabo la búsqueda bibliográfica ha sido el castellano pero se han obtenido documentos en inglés y portugués, algunos de los cuales han sido de interés para el desarrollo del estudio.

RESULTADOS

El burnout puede presentar tanto un aumento de la tensión arterial como un aumento de los niveles de estrés e incluso ansiedad. Existe un amplio número de estudios dedicados a conocer los beneficios del tacto terapéutico o Reiki. Los cambios significativos que consigue esta técnica van en relación a la disminución de la ansiedad, del dolor, del estrés, de la tensión arterial y al aumento de las células de defensa. Se han encontrado estudios que demuestran que con tan sólo una sesión de 30 minutos de Reiki se mejora de forma inmediata la tensión arterial diastólica y la respuesta de IgAs en casos de burnout. Otra de las evidencias que existe al respecto de esta técnica es la ausencia de efectos secundarios negativos que tiene, ya que es totalmente inocua. La literatura científica encontrada muestra que el Reiki da solución a esta sintomatología tanto cuando ya está instaurado el síndrome del burnout como de forma preventiva. Añadido a estos beneficios se le suma que es una herramienta de fácil aprendizaje, económica, ecológica y que la persona incluso puede realizarse un autotratamiento. En los Estados Unidos de América es usado en más de 800 hospitales a modo de evitar y tratar el burnout en el personal sanitario.

CONCLUSIONES

El burnout es un síndrome sufrido por muchos compañeros de nuestra profesión enfermera y una de las herramientas con la que contamos para luchar contra esta sintomatología es el Reiki. Todos los documentos encontrados van encaminados a los beneficios que esta técnica nos puede ofrecer, sin embargo en el día a día no está tan instaurada como se merece en nuestra práctica clínica y sería algo muy interesante de conseguir así como lo tienen en muchos de los hospitales de los Estados Unidos. Todo esto nos hace plantearnos la necesidad de realizar más estudios en relación a los beneficios del Reiki y a propuestas de inserción en la práctica enfermera.

ENF-34 EL NOLOTIL Y LA ENFERMERÍA NO SIEMPRE VIAJAN JUNTOS

M. P. Tierra Burguillo, M. C. García García, M. Rodríguez García,
G. Castillo de Oliveira, M. P. Álvarez Palacios

OBJETIVO

Conocer la aceptación que tiene el Metamizol (Nolotil) como fármaco para personas fuera de España y los motivos.

METODOLOGÍA

Se ha desarrollado una estrategia de búsqueda en las bases de datos Scielo, MEDLINE, Cochrane Library Plus y Google Académico con el fin de recopilar todos aquellos documentos datados de enero del 2011 a abril 2015. Los descriptores de ciencias de la salud utilizados para la misma han sido los siguientes: Dipirona, Analgésicos, Manejo del Dolor y Europa. El idioma con el que se han llevado a cabo la búsqueda bibliográfica ha sido el castellano pero se han obtenido documentos en inglés, algunos de los cuales han sido de interés para el desarrollo del estudio.

RESULTADOS

Según fuentes de información de carácter científico, el Nolotil, nombre comercial del Metamizol, está prohibido en más de 30 países para el consumo humano. Por otro lado nos encontramos que en muchos de ellos sólo está permitido para tratar animales. Entre estos países encontramos a EEUU, Reino Unido, Australia, Japón, Irán... En Alemania no está prohibida su administración, pero sí se precisa de receta médica para poder conseguirlo. El Nolotil pertenece al grupo de los AINEs y una de sus principales ventajas es que actúa sobre los dolores viscerales y que no afecta a la mucosa del estómago. Como la gran mayoría de los fármacos presenta efectos adversos. Estos efectos pueden ser leves, como erupciones cutáneas o malestar gastrointestinal o pueden llevar a situaciones más complicadas como es la agranulosis, que aunque presenta una incidencia muy baja, es peligrosa. Es conocido que genéticamente hay personas que pueden ser más vulnerables que otras, como es el caso de los anglosajones y los escandinavos.

CONCLUSIONES

Más de 30 países en el mundo tienen prohibido el uso del Nolotil en personas, algunos de ellos lo siguen utilizando pero tan sólo con fines veterinarios. La amenaza principal de este medicamento es la reacción adversa que puede provocar en 0,2-10 casos de 1 millón de la agranulosis. Lo que nos planteamos con este estudio es que habiendo otros muchos medicamentos con efectos adversos iguales o peores que estos, ¿Cómo es que ha sido el Nolotil el único prohibido y mantienen en el mercado a otros tantos...? Y más aún ¿Cómo es que lo encontramos en España como uno de los 10 fármacos más consumidos y luego si viajamos dentro de Europa vemos que no podemos acceder a él en muchos países? ¿Cómo es que pueden existir opiniones tan dispares en relación a un mismo fármaco? Y sobre todo... ¿Quién tiene razón?

ENF-35 ¡ENFERMERA! SI ME TOMO CEREALES O CACAHUETES ¿ME ACORDARÉ DESPUÉS DE DONDE LOS HE PUESTO?

M. P. Tierra Burguillo, M. C. García García, M. Rodríguez García,
G. Castillo de Oliveira, M. P. Pino Álvarez Palacios

OBJETIVO

Conocer las funciones es de la melatonina como tratamiento en la evolución de la Enfermedad del Alzheimer.

METODOLOGÍA

Se ha desarrollado una búsqueda bibliográfica en las bases de datos Scielo, MEDLINE, DIALNET con el fin de recopilar los artículos datados desde enero de 2011 a mayo de 2015. Los descriptores de ciencias de la salud utilizados para dicha búsqueda han sido: Melatonina, Enfermedad de Alzheimer, Prevención y Control. El idioma con el que se ha realizado la búsqueda bibliográfica ha sido el castellano.

RESULTADO

Según las fuentes revisadas, la melatonina sirve para disminuir la progresión de la Enfermedad del Alzheimer, retardando la aparición de síntomas. Aunque faltan todavía muchos estudios para valorar la dosis eficaz y justificar su prescripción en esta enfermedad, podemos decir que sus propiedades antioxidantes y antiinflamatorias la convierten en una hormona muy recomendable. Actualmente se han realizado ensayos con animales donde se han demostrado sus efectos positivos. En esta búsqueda hemos descubierto también otra línea de investigación relacionada con la ingesta de alimentos enriquecidos con triptófanos como: cereales integrales, frutos secos y productos lácteos entre otros. Ya que al ser éste un precursor de la melatonina aumenta los niveles en el organismo.

CONCLUSIONES

Tras haber realizado la revisión bibliográfica se llega a la conclusión de que la Melatonina no cura el Alzheimer pero reduce su evolución y puede retardar la evolución de los síntomas. Nos llama la atención que sean los países sudamericanos los que más hayan avanzado en este tema. Enfermería en su labor de agente de la salud, tiene un papel importante a la hora de ofrecer una educación en alimentación, para prevenir el avance de algunas enfermedades. Sería interesante continuar investigando en esta línea, ya que si realmente se comprueba la relación causa-efecto sería un gran avance con un tratamiento nada invasivo.

ENF-36 CUIDADOS EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA (ERC) EN LA PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN

I. Martínez Angel⁽¹⁾, J. M. Carrasco Rodríguez⁽²⁾, M. Navarro Tudela⁽³⁾

⁽¹⁾Enfermera del Hospital Rafael Méndez. Lorca (Murcia)

⁽²⁾Enfermera del Centro de Hemodiálisis de Lorca (Murcia)

⁽³⁾Enfermera del Centro de Hemodiálisis de Lorca (Murcia)

INTRODUCCIÓN

Los pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) habitualmente tienen otras patologías asociadas y requieren hospitalización. El plan de cuidados tiene como objetivo principal adaptar las intervenciones enfermeras a las necesidades de los pacientes con enfermedad renal crónica, a través de la valoración de las mismas y la identificación de problemas específicos que puedan presentar relacionados con su proceso de hospitalización, personalizando la atención prestada y realizando las intervenciones que resuelvan y minimicen los problemas de forma satisfactoria y segura.

OBJETIVOS

Objetivo general: mejorar la calidad asistencial del paciente renal crónico en programa de hemodiálisis durante su hospitalización. Objetivos específicos: preservar el acceso vascular utilizado para el tratamiento sustitutivo renal (hemodiálisis). Prevenir el deterioro de la capacidad funcional. Reducir la ingesta de líquidos para evitar el edema agudo de pulmón. Controlar fluidoterapia. Proporcionar información dietético-nutricional al paciente. Apoyo psicológico.

METODOLOGÍA

Según la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica (SEDEN) existe una alta prevalencia y morbimortalidad cardiovascular causada por la enfermedad renal crónica. Los cuidados se elaboran mediante el consenso del grupo de profesionales sanitarios estableciendo las necesidades y problemas a valorar, así como las intervenciones y criterios más adecuados. Se establece así un plan de cuidados estandarizado que se individualizará en cada paciente.

RESULTADOS

Realización satisfactoria del plan de cuidados al paciente con enfermedad renal crónica, fomentando el trabajo en equipo, la coordinación multidisciplinar y la mejora en la calidad asistencial del paciente.

CONCLUSIÓN

Las intervenciones realizadas para conseguir una mejor calidad asistencial al paciente con enfermedad renal crónica, durante su hospitalización, garantizan que existe una repercusión positiva que incide directamente en la mejoría del paciente.

ENF-38 LA INSUFICIENCIA CARDIACA EN EL PACIENTE HOSPITALIZADO

M. Navarro Tudela⁽³⁾, I. Martínez Angel⁽²⁾, J. M. Carrasco Rodríguez⁽³⁾

(1) Enfermera del Centro de Hemodiálisis de Lorca (Murcia)

(2) Enfermera del Hospital Rafael Méndez. Lorca (Murcia)

(3) Enfermera del Centro de Hemodiálisis de Lorca (Murcia)

OBJETIVOS

- Conocer las características clínicas y evolutivas en pacientes con IC.
- Determinar factores de riesgo durante el ingreso, mejorando tanto el tratamiento como la detección precoz de complicaciones y posibles empeoramientos.
- Evitar la mortalidad hospitalaria y reducir los reingresos a través de la mejora del abordaje de los pacientes que ingresan en el hospital con IC.
- Evaluar indicadores de calidad asistencial en estos pacientes y mejorar posteriormente la práctica clínica.
- Formación de equipos multidisciplinares que conlleven una atención a los pacientes con ICA más eficiente.

METODOLOGÍA

Nos hemos basado en el estudio multicéntrico del Grupo de Trabajo de Insuficiencia Cardíaca de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI).

Según la Sociedad Española de Cardiología que puso en marcha el proyecto ICA Program, una iniciativa para la mejora de la atención y el manejo al paciente con Insuficiencia Cardíaca Aguda. Dicha iniciativa promueve la creación de equipos multidisciplinares de excelencia en los centros sanitarios para mejorar la calidad asistencial y los procesos en el manejo de la ICA. El proyecto ha sido impulsado por la Sección de Insuficiencia Cardíaca y Trasplante de la Sociedad Española de Cardiología (SEC), en colaboración con la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI) y la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES).

RESULTADOS

Se consigue:

- Disminuir los costes.
- Reducir la mortalidad en los pacientes con IC.
- Aumentar el conocimiento por parte de enfermería sobre la enfermedad para mejorar la calidad asistencial de estos pacientes.

CONCLUSIONES

La IC es una causa importante de mortalidad en nuestro país, a pesar del seguimiento que reciben por parte del equipo multidisciplinar, en el cual recae el manejo de su tratamiento y el aumento de la calidad de vida del paciente, evitando los reingresos hospitalarios.

**ENF-43 CUIDADORES PRINCIPALES DE PERSONAS MAYORES DE 65 AÑOS.
IMPORTANCIA DE LA INTERVENCIÓN ENFERMERA**

C. García Libroero⁽¹⁾, A. Bravo Adame⁽²⁾, N. Martín Montero⁽³⁾

⁽¹⁾Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla

⁽²⁾Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

⁽³⁾Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva

OBJETIVOS

Conocer los beneficios de la intervención enfermera para los cuidadores principales de personas dependientes mayores de 65 años.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realiza una revisión sistemática exhaustiva sobre la evidencia científica relacionada con el tema de estudio. Se realizó una búsqueda bibliográfica en bases de datos Medline, Pubmed, Cuiden y Cochrane plus hasta marzo de 2015. Tras una lectura crítica y contrastada de la documentación se recogen los que por su relevancia científica son más interesantes.

RESULTADOS

Las relaciones interpersonales entre el profesional de enfermería y los cuidadores se basan en una buena comunicación para permitir que el cuidador se sienta a gusto para contar sus dudas y temores. (1) Informarlos y formarlos corresponde al profesional de enfermería, ya que éste puede ser el eje central, que plantea las demandas y les da guías. (1) El hacerles comprender que su familiar es un enfermo y que toda su conducta se debe a ello, suprime en gran medida las ideas de amenaza que dan lugar a la ira, la cual conlleva a actitudes de maltrato hacia el anciano. (2) La angustia y el miedo mejoran después de una intervención enfermera adecuada, ya que la información obtenida acerca del manejo adecuado de los síntomas y problemas conductuales de los ancianos, así como el apoyo emocional ofrecido, contribuyen a mejorar el estado de ánimo de dichos cuidadores, proporcionándoles más seguridad en el cuidado de su familiar. (3) El hecho de implantar un programa educativo dirigido a cuidadores de personas ancianas tiene efectos estadísticamente significativos sobre las variables: carga del cuidador y funcionalidad familiar. El efecto positivo en estas variables tiene directa relación con la concepción del programa donde se proporciona un entorno de confianza, de interacción con los valores y creencias de los participantes por medio de palabras, dichos y símbolos de la cotidianidad. (4) Hay una menor sobrecarga en el cuidador cuando este recibe el apoyo social de sus familiares allegados, mientras que los que no lo reciben, son más propensos a padecer depresión y a sentir angustia. (2).

CONCLUSIÓN

Los elevados índices de sobrecarga que sufren los cuidadores deben sensibilizarnos para la búsqueda de los instrumentos de apoyo más adecuados para ellos. Ya que esto influye no

sólo en la salud de los cuidadores, sino también en la de los pacientes por ellos atendidos y, probablemente, la de nuestro sistema sanitario. El definir las estrategias más adecuadas para cada tipo de paciente/cuidador es una tarea primordial y necesaria.

BIBLIOGRAFÍA

1. Velásquez, V., López, L., López, H., Cataño, N., & Muñoz, E. (2011). *Efecto de un programa educativo para cuidadores de personas ancianas: una perspectiva cultural. Revista de salud pública, 13(4), 610-619.*

ENF-44 PACIENTES ANCIANOS POLIMEDICADOS: ¿POR QUÉ NO CUMPLEN SU TRATAMIENTO?

C. García Librero⁽¹⁾, A. Bravo Adame⁽²⁾, N. Martín Montero⁽³⁾

⁽¹⁾Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla

⁽²⁾Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

⁽³⁾Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva

OBJETIVOS

Conocer los motivos por los cuáles los pacientes ancianos polimedcados no cumplen su tratamiento.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realiza una revisión sistemática exhaustiva sobre la evidencia científica relacionada con el tema de estudio. Se realizó una búsqueda bibliográfica en bases de datos Medline, Pubmed, Cuiden y Cochrane plus hasta marzo de 2015. Tras una lectura crítica y contrastada de la documentación se recogen los que por su relevancia científica son más interesantes.

RESULTADOS

Los pacientes ancianos alegan múltiples razones para no cumplir correctamente con las recomendaciones prescritas por los médicos. Entre las más frecuentes están el olvido, los efectos adversos, apreciar falta de necesidad del tratamiento, no disponer de medicamentos, falta de información acerca de la administración apropiada, porque perciben que toman demasiados medicamentos, los creen inefectivos o por dificultad para tragar los comprimidos. (1) Márquez Contreras et al apuntan que los factores más frecuentes para pacientes incumplidores son: Falta de educación sanitaria sobre la patología y con ello déficit de conocimientos, falta de información sobre el tratamiento, los olvidos (causa más frecuente de incumplimiento), los efectos secundarios y el miedo a ellos, escaso aporte familiar o social, estructura sanitaria dificultosa e inaccesible, falta de comunicación en la relación profesional sanitario-paciente, la decisión de incumplir del paciente. (2) A todos estos factores se une además el elevado número de cambios en el tratamiento encontrados

al poco tiempo del alta hospitalaria. (4) Conocer su situación funcional servirá para adaptar en lo posible el tratamiento al paciente. En ocasiones se hace necesario identificar e involucrar a otra persona de su entorno para que colabore con él, o le sustituya en el control del tratamiento. (3).

CONCLUSIÓN

Si no se toma la medicación o no se siguen las normas establecidas por el médico es de esperar unas consecuencias negativas para la salud y un incremento de los costes difícil de justificar. En sujetos mayores de 65 años la falta de adherencia a tratamientos crónicos condiciona un porcentaje importante de ingresos hospitalarios e incrementa el coste sanitario. Esta circunstancia puede condicionar que se someta al paciente a pruebas complementarias innecesarias, a dosis más altas de las habituales o a tratamientos más agresivos, lo que produce un incremento de los riesgos para el paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Barroso, A. V., & Moral, E. G. (2011). *Pacientes polimedicados frágiles, un reto para el sistema sanitario. Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud*, 35(4), 114-123.

ENF-45 ACTUACIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA ANTE EL ENFERMO EN SITUACIÓN TERMINAL

C. García Libroero⁽¹⁾, A. Bravo Adame⁽²⁾, N. Martín Montero⁽³⁾

⁽¹⁾Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla

⁽²⁾Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

⁽³⁾Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva

OBJETIVOS

Describir la actuación correcta de la enfermera ante el enfermo en situación terminal.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realiza una revisión sistemática exhaustiva sobre la evidencia científica relacionada con el tema de estudio. Se realizó una búsqueda bibliográfica en bases de datos Medline, Pubmed, Cuiden y Cochrane plus hasta marzo de 2015. Tras una lectura crítica y contrastada de la documentación se recogen los que por su relevancia científica son más interesantes.

RESULTADOS

El enfermero que presta atención a un enfermo terminal ha de respetar sus valores, costumbres y creencias religiosas, considerando confidencial la información personal obtenida. (1) La calidad de vida hay que verla como la característica que hace deseable y aceptable la vida, que también tiene que estar presente cuando se transita por esta etapa final de la misma. (1) Es importante mencionar que esta enfermedad no sólo afecta al

individuo que es diagnosticado, sino que corresponde a un padecimiento de toda la familia, provocando múltiples “temores” o “miedos”, que se deben saber, reconocer y abordar en la medida de lo posible. (2)

Al cuidar a enfermos terminales aprendemos a descubrirlos, a superar nuestros prejuicios y temores, a escucharlos y no oírlos, a darles la información que solicitan sin mentirles, y a estrecharles la mano hasta el final. (3)

Los profesionales de enfermería deben manejar habilidades comunicativas para poder notificarla al entorno familiar. (4) Debemos mantener hasta el final el contacto humano-emocional con el paciente y optimizar la satisfacción de sus necesidades. Si está confuso o somnoliento, deben comunicarse con él mediante frases cortas y preguntas sencillas. Se debe evitar la sensación de prisa, sin adoptar actitudes de negación y mostrando siempre preocupación por el confort del paciente. Es posible comunicarse sin palabras, a veces una mirada basta para transmitir un mensaje. No se debe ser demasiado estricto con las normas y protocolos sino que hay que adaptarlos a las necesidades de cada paciente, porque el paciente necesita atención, benevolencia, simpatía, calor humano y compañía, y esto requiere habilidad, delicadeza, tacto y discreción. (4)

CONCLUSIÓN

Podemos concluir que una adecuada actuación del profesional de enfermería en sus buenas prácticas ante un enfermo en situación terminal no solamente debe considerarse como un recurso habitual de los programas de salud, sino como una experiencia que ha de promover una atención digna y humanitaria a la persona y familia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lepine, M. L. I., & Lapuente, A. (2010). *Asistencia al paciente agónico que va a fallecer en urgencias. In Anales del sistema sanitario de Navarra (Vol. 33, No. 1, pp. 173-191). Gobierno de Navarra.*

ENF-46 ENFERMEDAD TROMBOEMBOLICA VENOSA

L. Rivera Moreno⁽¹⁾, R. Martín Liscano⁽²⁾, L. González Martín⁽³⁾, Vázquez Morón⁽⁴⁾, A. A. Salvador Gómez⁽³⁾, M. Quintana Palmeira⁽⁴⁾, A. I. Santiago Quejido⁽⁵⁾, A. A. Alfonso Martín⁽⁶⁾

⁽¹⁾Serquiron. Huelva

⁽²⁾Huelva Asistencial

⁽³⁾Desempleado. Colegio de enfermería de Huelva

⁽⁴⁾Hospital Vázquez Díaz. Huelva

⁽⁵⁾Cecofar, Huelva

⁽⁶⁾Desempleada. SAE, Huelva

OBJETIVOS

Conocer cuáles son los principales factores de riesgo. Determinar cuáles son sus principales complicaciones. Explicar cómo prevenir las posibles complicaciones. MATERIAL Y MÉTODO Se realiza una búsqueda bibliográfica en la base de datos de dialnet, Medline, pubmed y google academic de los últimos cinco años con los términos de factores de riesgo tromboembolia, prevención, conocimientos, complicaciones, trombosis venosa, riesgos trombosis venosa profunda, enfermedad tromboembolica, tromboembolia venosa.

RESULTADOS

Una vez analizado y comprobado los datos se puede comprobar que el talón de Aquiles está en la no identificación temprana de los factores de riesgo y el poco hincapié en la prevención de los pacientes con previa patología o no para la profilaxis de la enfermedad tromboembólica venosa, proceso frecuente y grave que puede ocurrir espontáneamente o como complicación de otras enfermedades y procedimientos quirúrgicos.

CONCLUSIONES

La trombosis venosa profunda y el tromboembolismo pulmonar son las principales manifestaciones de la enfermedad tromboembolica venosa e implican una problemática para la salud siendo la tercera causa de morbilidad cardiovascular y principal causa de muerte prevenible en el hospital. Aun estando identificados los factores de riesgo y predisponentes y existiendo medidas de profilaxis específicas de las cuales apenas hacemos uso sigue siendo la principal causa de muerte cardiovascular en pacientes hospitalizados. Para prevenir estas patologías es importante por parte de enfermería conocer y adquirir los conocimientos necesarios para evitar las posibles complicaciones.

ENF-47 MEDIDAS Y TRATAMIENTO EN LA ENFERMEDAD TROMBOEMBOLICA

L. Rivera Moreno⁽¹⁾, R. Martín Liscano⁽²⁾, L. González Martín⁽³⁾, Vázquez Morón⁽⁴⁾
A. A. Salvador Gómez⁽³⁾, M. Quintana Palmeira⁽⁴⁾,
A. I. Santiago Quejido⁽⁵⁾, A. A. Alfonso Martín⁽⁶⁾

⁽¹⁾*Serquiron. Huelva*

⁽²⁾*Huelva Asistencial*

⁽³⁾*Desempleado. Colegio de enfermería de Huelva*

⁽⁴⁾*Hospital Vázquez Díaz. Huelva*

⁽⁵⁾*Cecofar, Huelva*

⁽⁶⁾*Desempleada. SAE, Huelva*

OBJETIVOS

Conocer cuál es el tratamiento oral más utilizado actualmente. Explicar las medidas adoptadas para prevenir y mantener controlada la enfermedad. Determinar qué medidas no farmacológicas existen al tratamiento.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realiza una búsqueda bibliográfica en la base de datos de dialnet, Medline, y google academic de los últimos cinco años con los términos de tratamiento enfermedad tromboembólica, tratamiento profiláctico tromboembolia, tratamiento farmacológico y mecánico tromboembolia, anticoagulantes, métodos físicos enfermedad tromboembólica.

RESULTADOS

Según los datos consultados y recogidos podemos concluir que para la profilaxis de la enfermedad tromboembólica se hace uso de tratamiento farmacológico y medidas físicas, el empleo de una o ambas cosas dependerá del riesgo del paciente y si presenta o no patología previa. El uso de heparinas de bajo peso molecular subcutánea, la movilización precoz, métodos mecánicos con el empleo de medias elásticas de compresión son medidas fundamentales que incrementando el uso ayudara a reducir la incidencia de tromboembolismo venoso.

CONCLUSIONES

La base fundamental del tratamiento está en saber cuál es el riesgo o gravedad de cada paciente, dependiendo del riesgo y bajo criterio médico el tratamiento inicial será la heparina para la fase aguda, haciendo uso de los anticoagulantes orales una vez pasada esta fase. El tratamiento con heparina se usa en cirugía ortopédica, encamados y pacientes hospitalarios, entre otros, mientras que los anticoagulantes orales son utilizados como tratamiento de larga duración.

ENF-51 ¿TABACO O SALUD? TÚ DECIDES

R. Martín Liscano⁽¹⁾, L. González Martín⁽²⁾, A. Vázquez Morón⁽³⁾, A. A. Salvador Gómez⁽²⁾, M. Quintana Palmeira⁽⁴⁾, A. I. Santiago Quejido⁽⁵⁾, A. A. Alfonso Martín⁽⁶⁾, L. Rivera Moreno⁽¹⁾

⁽¹⁾Sequiron

⁽²⁾Colegio O. Enfermería Huelva

⁽³⁾Huelva Asistencial

⁽⁴⁾Hospital Vázquez Díaz

⁽⁵⁾CECOFAR. Huelva

⁽⁶⁾SAE

OBJETIVOS

Dar a conocer a la población los beneficios del abstencionismo del fumar. Identificar el tabaquismo como una desgracia social. Controlar en el fumador los síntomas del síndrome de abstinencia. Crear conciencia en la población sobre la estafa pública del tabaco en nuestra salud. Establecer mecanismos de prevención del hábito tabáquico.

MATERIAL Y MÉTODO

Mediante búsqueda bibliográfica, páginas web, folletos y material informativo aportado por centros sanitarios.

RESULTADOS

El paciente a nivel personal ganará en libertad, habrá sentido que se ha superado a sí mismo en su batalla contra la adicción al tabaco. En el plano de la salud, sentirá que puede respirar mejor, oler y saborear. Los efectos del tabaco irán desapareciendo de manera progresiva a la vez que va aumentando la sensación de bienestar. Se consolida la conducta no fumadora en la vida cotidiana.

CONCLUSIONES

Cabe decir al respecto que el abandono del hábito de fumar no solo mejora la salud de la persona que abandona el hábito sino que también, mejora la salud de todos los que le rodean. El descenso de número de fumadores permite ver socialmente el hábito del tabaco como un mal social contra el que hay que luchar. Cada vez más se observa se observa negativamente dicha práctica y el número de personas que lo abandonan es mayor debido a las multitudinarias técnicas que fortalecen el conocimiento de los riesgos para la salud, así como otras técnicas tendentes a su eliminación, como lo son: subida de impuestos, eliminación de espacios para fumadores, influencia de los medios de comunicación, técnicas de apoyo de grupo para informar sobre dichos efectos negativos en la salud.

ENF-52 RESPIRA, ROMPE CON EL TABACO

R. Martín Liscano⁽¹⁾, L. González Martín⁽²⁾, A. Vázquez Morón⁽³⁾,
A. A. Salvador Gómez⁽²⁾, M. Quintana Palmeira⁽⁴⁾, A. I. Santiago Quejido⁽⁵⁾,
A. A. Alfonso Martín⁽⁶⁾, L. Rivera Moreno⁽¹⁾

⁽¹⁾Sequiron

⁽²⁾Colegio O. Enfermería Huelva

⁽³⁾Huelva Asistencial

⁽⁴⁾Hospital Vázquez Díaz

⁽⁵⁾CECOFAR. Huelva

⁽⁶⁾SAE

DESCRIPCIÓN

El tabaquismo, es la adicción al tabaco provocada principalmente por uno de sus componentes más activos: La Nicotina, cuya acción principal en nuestro sistema nervioso central termina condicionándonos al abuso de su consumo, provocando enfermedades nocivas a nuestra salud, debido a la gran dependencia física y psicológica que genera un síndrome de abstinencia denominado tabaquismo. La enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica mantiene una relación causal con el consumo del tabaco indudable y directa por lo que cabe esperar que su frecuencia aumente los índices de morbilidad en la población.

OBJETIVOS

Identificar los daños que ocasiona a nuestra salud el hábito del tabaco, conocer como la conducta habitual de tabaquismo es causante de muchas enfermedades que dañan nuestra salud, saber cómo prevenir y retrasar la progresión de enfermedades.

MATERIAL Y MÉTODO

Material informativo de tipo bibliográfico, consultas a través de páginas web, terapia individual con un paciente fumador con el fin de mostrar todos los efectos nocivos a la salud ocasionado por el hábito de tabaco.

RESULTADOS

Hemos podido reconocer que el tabaquismo, además de ser la causa principal de enfermedad pulmonar obstructiva crónica, es también el causante de muchos daños que atacan y restan nuestro nivel saludable, como son: daños en la piel y cabello, ataque cerebral, cáncer de pulmón, angina de pecho e infarto de miocardio.

CONCLUSIONES

Abandonar el hábito tabáquico contribuye a prevenir las complicaciones y a retrasar la progresión de la enfermedad. Evitar el humo que emite los fumadores activos, así como evitar el contacto en lugares donde su consumo es permisivo. En 2012 más de 3 millones de persona en el mundo murieron por este tipo de enfermedades afectando casi en misma proporción a hombres y mujeres, su prevención es fundamental para evitar su progresión en el caso de los fumadores y para prevenirlos en los no fumadores para que se abstengan de convertirse en consumidores tras conocer los efectos del tabaco.

ENF-53 LA IMPORTANCIA DEL CONTROL GLUCÉMICO EN PACIENTES HOSPITALIZADOS

J. M. Carrasco Rodríguez⁽¹⁾, M. Navarro Tudela⁽¹⁾, I. Martínez Ángel⁽²⁾

⁽¹⁾Enfermera del Centro de Hemodiálisis de Lorca (Murcia)

⁽²⁾Enfermera del Hospital Rafael Méndez de Lorca (Murcia)

INTRODUCCIÓN

El control glucémico de los pacientes ingresados no es bueno y esto se debe probablemente a la sobreutilización de pautas móviles y a las bajas dosis de insulina utilizadas.

OBJETIVOS

- Conseguir un control dietético adecuado.
- Determinar las causas de hospitalización, complicaciones intrahospitalarias y mortalidad en los pacientes diabéticos.
- Encontrar signos y síntomas que indiquen un mal control de la diabetes.
- Mantener unos correctos niveles de glucemia durante la estancia del paciente en el centro hospitalario.
- Establecer protocolos de actuación en situaciones de hipoglucemia e hiperglucemia.

METODOLOGÍA

Numerosos estudios observacionales en pacientes críticos, con y sin diabetes, han demostrado una relación casi lineal entre los niveles de glucosa y peor pronóstico. El estudio multicéntrico DIGAMI (Diabetes Mellitus, Insulin Glucose Infusion in Acute Myocardial Infarction) demostró que una intervención agresiva para controlar los niveles de glucosa redujo la morbilidad y mortalidad independientemente del diagnóstico previo de diabetes.

RESULTADOS

Se realizan protocolos de actuación mediante los cuales el control de la glucemia durante el ingreso hospitalario se consigue de forma más eficaz con el uso de insulina, bien como infusión continua o de forma subcutánea, asociando distintas insulinas para cubrir las necesidades basales y postprandiales.

CONCLUSIONES

La hiperglucemia en los pacientes hospitalizados es un problema médico importante con consecuencias serias en cuanto a morbilidad, mortalidad y coste. Cada vez existe mayor evidencia que asocia un mejor control de la glucemia con la evolución, no sólo intrahospitalaria sino a medio plazo, de diferentes situaciones clínicas como la cirugía, el ingreso en UCI, el IMA, etc.

ENF-55 LA FASE DE AGONÍA AL FINAL DE LA VIDA

M. Rodríguez García, M. C. García García, M. P. Tierra Burguillo,
M. P. Álvarez Palacios, G. Castilho de Oliveira
Residencia de Mayores. Virgen del Rocío

INTRODUCCIÓN

La agonía o fase agónica es una etapa que experimentan las personas con una enfermedad progresiva debilitante varias horas o días antes de fallecer. Es una situación muy fácil de detectar clínicamente porque tiene unos síntomas muy prevalentes. El equipo interdisciplinar tiene que dar prioridad al confort y a los cuidados esenciales del paciente y de la familia para cubrir sus necesidades.

OBJETIVOS

Conocer la sintomatología de la fase agónica.

METODOLOGÍA

Revisión bibliográfica en las bases de datos Medline, Cuiden y Google Académico con los siguientes descriptores: enfermería, agonía.

RESULTADOS

Confusión. Agitación. Frialdad en extremidades. Estertores premortem. Alteraciones de la visión: borrosa y desenfocada. Disminución de la diuresis. Dificultad para la deglución. Disminución del interés en la conversación. Desorientación temporal. Sensación de mareo y somnolencia. Boca seca y/o dolorosa. Alucinaciones (en ocasiones de familiares fallecidos). Debilidad extrema con reducción de movimientos.

CONCLUSIÓN

El reconocimiento de signos y síntomas clave del enfermo en los últimos días u horas de la vida es un proceso complejo. La atención debe procurar cubrir las necesidades del enfermo y familia en las circunstancias, mediaciones y condiciones que rodean la agonía y muerte del enfermo. La dignidad es una cualidad intrínseca de la persona, que deberíamos saber mantener y respetar hasta el momento de la muerte.

BIBLIOGRAFÍA

1. Murillo, M., Valentín, V., & Valentín, M. (2004). *Síntomas al final de la vida. Psicooncología*, 1(2), 251-262.
2. Roca, A. E., Cabrera, A. J. R., Menéndez, M. M., & Quintana, O. F. (2011). *Asistencia al enfermo terminal en la atención primaria de salud. Revista Finlay*, 132-143.
3. SA, E. *Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos*

ENF-56 ACTUACIÓN DE ENFERMERIA FRENTE A LOS ANTICOAGULANTES ORALES

M. Rodríguez García, M. C. García García, M. P. Tierra Burguillo,
M. P. Álvarez Palacios, G. Castilho de Oliveira
Residencia de Mayores. Virgen del Rocío

INTRODUCCIÓN

Los anticoagulantes orales (ACO) son fármacos derivados de la 4hidroxicumarina y actúan al inhibir las reductasas de la vitamina K, que son necesarias para convertirla en vitamina activa. Los ACO son los fármacos más utilizados en la profilaxis de la complicación tromboembólica que acompaña a diversas enfermedades. El riesgo de consumir ACO radica en la alta probabilidad hemorrágica.

OBJETIVOS

Conocer la actuación del personal de Enfermería frente a los anticoagulantes orales

METODOLOGÍA

Revisión bibliográfica en las bases de datos Medline, Cuiden y Google Académico con los siguientes descriptores: anticoagulantes orales, enfermería.

RESULTADOS

Las intervenciones prioritarias deben instruir al paciente y familiar sobre los siguientes puntos: Nombre del medicamento, genérico y comercial. Dosis, forma de fraccionar la tableta y hora de la administración. Efectos colaterales, incluyendo orientación para aminorar sus consecuencias. Signos de alarma y la forma de identificarlos. El riesgo de la automedicación. Qué significan niveles de TP e INR y los valores determinados para su estado clínico. La importancia de las consultas periódicas realizadas por Enfermería en Atención Primaria donde se realizan los controles para constatar que el paciente se encuentra dentro de su rango terapéutico. Enfermería asume los cambios de dosis cuando los pacientes están fuera de rango.

CONCLUSIÓN

Enfermería está de manera activa en la regulación de los anticoagulantes orales.

BIBLIOGRAFÍA

1. Madrigal, E. C. S. M., Peña, E. A. L., Basurto, E. A. P., & Villarreal, E. C. G. C. (2008).
2. Anticoagulación vía oral. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica*, 16(1), 11-19. Ruiz, A. R., Borrego, G. P., González, J. R., Miranda, I. S. C., Lirio, M. I. V., & Fernández, P. O. (2014). *La consulta de terapia antitrombótica: progresando hacia la Enfermería de Práctica Avanzada. Enfermería Clínica*, 24(3), 200-204.

ENF-57 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DOMICILIAR CON HEPARINA DE BAJO PESO MOLECULAR PARA PACIENTES CON TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA: ¿MENOR RIESGO PARA EL PACIENTE?

M. Rodríguez García, M. C. García García, M. P. Tierra Burguillo,
M. P. Álvarez Palacios, G. Castilho de Oliveira
Residencia de Mayores. Virgen del Rocío

OBJETIVO

Investigar la mejor evidencia disponible respecto al tratamiento domiciliar de trombosis venosa profunda (TVP) con heparina de bajo peso molecular (HBPM), comparando su efectividad y seguridad con el mismo tratamiento en el ámbito hospitalario.

METODOLOGÍA

Se ha realizado revisión bibliográfica minuciosa en las principales bases de datos (MEDLINE, LILACS, Embase, Cochrane Library). Los descriptores utilizados han sido: “*venous thrombosis*”, “*deep venous thrombosis*”, “*pulmonary embolism*”, “*postthrombotic syndrome*”, “*hospitalization*”, “*out-patient treatment*”.

La búsqueda se ha limitado a estudios publicados en inglés, portugués y español, además de metanálisis, revisiones sistemáticas y ensayos clínicos controlados randomizados, publicados a partir del año 2000 hasta septiembre de 2014. Fueron excluidos los ensayos clínicos ya evaluados en las revisiones sistemáticas.

RESULTADOS

Después del análisis y selección, apenas cuatro estudios completaron los requisitos de esta revisión. Aunque limitadas, hay evidencias de que el tratamiento domiciliar a corto plazo con HBPM puede ser más efectivo en reducir la recurrencia de TVP, sin mayores índices de mortalidad o hemorragia, en comparación con el mismo tratamiento realizado en el hospital. También, de que es eficaz en relación a costes del tratamiento y parece ser la elección preferida por pacientes. Para pacientes diagnosticados con embolia pulmonar aguda de bajo riesgo, el tratamiento domiciliar con HBPM asociado con antagonistas de vitamina K también parece ser seguro a corto plazo (de 14 días a 3 meses).

CONCLUSIONES

El tratamiento domiciliar de TVP a corto y largo plazo con HBPM parece ser tan efectivo y seguro como el tratamiento hospitalario, además de presentar mejor costo-efectividad. Sin embargo, esos resultados deben ser adoptados con precaución debido a la existencia de pocos estudios que los sostienen. También, los resultados positivos de la adopción de este tratamiento domiciliar conlleva a la necesidad del desarrollo de un adecuado soporte logístico y de recursos, con el establecimiento de protocolos bajo un enfoque multidisciplinar, direccionados a la actuación de los profesionales sanitarios en la gestión de la TVP y, principalmente, en la educación en salud para los pacientes y familiares.

ENF-58 ACTUACIONES DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON TRAUMATISMO ABDOMINAL

M. C. García García, M. P. Tierra Burguillo, M. Rodríguez García;
G. Castilho de Oliveira; M. P. Álvarez Palacios
Servicio Andaluz de Salud. Bollullos del Condado (Huelva)

INTRODUCCIÓN

El traumatismo abdominal se puede definir como cualquier tipo de agresión con repercusión lesiva que sufra la pared abdominal o su contenido.

OBJETIVO

Identificar las principales actuaciones a llevar a cabo por enfermería en el paciente con traumatismo abdominal.

METODOLOGÍA

Revisión de la literatura científica en bases de datos Scielo, Cochrane, Elsevier y Google Académico con los descriptores: traumatismos abdominales, atención de enfermería, dolor abdominal.

RESULTADOS

Las principales actuaciones de enfermería ante el traumatismo abdominal serían:

- Valoración primaria según ABC (vía aérea, ventilación, circulación).
- Canalización de dos vías periféricas de grueso calibre.
- Toma de constantes vitales.
- Administrar líquidos (SF o RL).
- Administrar drogas vasoactivas.
- Control de la hemostasia por compresión de la herida
- Control estricto de entrada y salida de líquidos.
- SV y SNG.
- Control pulsos periféricos.
- Reposo absoluto y dieta absoluta.
- Extracción sanguínea: hemograma, coagulación, bioquímica, pruebas cruzadas.
- Manejo del paciente (punción-lavado peritoneal, drenaje pleural, colocación de válvula Heimlich, etc...)
- Traslado del paciente a un centro útil.

CONCLUSIONES

Es fundamental la actuación de enfermería ante el paciente con traumatismo abdominal, de manera que podamos proporcionar una atención de calidad.

ENF-59 CUIDADOS ENFERMEROS EN EL EDEMA AGUDO DE PULMÓN

M. C. García García, M. P. Tierra Burguillo, M. Rodríguez García;
G. Castilho de Oliveira; M. P. Álvarez Palacios
Servicio Andaluz de Salud. Bollullos del Condado (Huelva)

INTRODUCCIÓN

El edema agudo de pulmón se define como el cuadro clínico secundario a insuficiencia aguda del ventrículo izquierdo o por una estenosis de la válvula mitral, con el consiguiente aumento de la presión capilar pulmonar y extravasación de líquido al intersticio y alvéolos pulmonares. El comienzo del cuadro suele ser abrupto, frecuentemente nocturno. La incidencia aumenta con la edad.

OBJETIVO

Describir los cuidados enfermeros a realizar en el paciente con edema agudo de pulmón.

METODOLOGÍA

Revisión de la literatura científica en las bases de datos Scielo, Cochrane, Elsevier y Google Académico con los descriptores: edema pulmonar, pulmón, ventrículos cardíacos, atención de enfermería.

RESULTADOS

Los cuidados enfermeros en los pacientes con edema agudo de pulmón estarán dirigidos a: Disminución del volumen intravascular mediante el uso de diuréticos (principalmente furosemida) mejora la función del VI al reducir el retorno venoso. Al disminuir el retorno venoso al ventrículo izquierdo y la precarga, el VI se contrae con más eficacia y mejora el gasto cardíaco.

Disminución del retorno venoso. La disminución del retorno venoso (precarga) reduce la cantidad de volumen devuelto al VI durante la diástole. Esto se puede conseguir por ejemplo mediante colocación del paciente en posición de Fowler.

Disminución de la poscarga. La poscarga es la cantidad de presión que debe desarrollar el VI durante la sístole para impulsar la sangre en la aorta. El fármaco utilizado para ello es el nitroprusiato.

Mejora del intercambio gaseoso y la oxigenación. Se puede mejorar con la administración de morfina ya que esta disminuye la demanda de oxígeno y administrando oxígeno.

Mejora de la función cardíaca. Los digitálicos mejoran la función del VI por su efecto inotrópico positivo. Aumenta la contractibilidad, pero también eleva el consumo de oxígeno del miocardio.

Reducción de la ansiedad. La ansiedad mejora con la acción sedante de la morfina I.V. Si esta es utilizada el paciente debe ser mantenido bajo vigilancia estrecha, dado el riesgo de depresión respiratoria.

CONCLUSIONES

La finalidad de los cuidados enfermeros es mejorar la función del ventrículo izquierdo (VI), al disminuir el volumen intravascular, el retorno venoso (precarga) y la poscarga; mejorar el intercambio gaseoso y la oxigenación, y, aumentar el gasto cardíaco y reducir la ansiedad.

ENF-60 CUIDADOS ENFERMEROS EN EL PACIENTE CON ANGINA DE PECHO

M. C. García García, M. P. Tierra Burguillo, M. Rodríguez García;
G. Castilho de Oliveira; M. P. Álvarez Palacios
Servicio Andaluz de Salud. Bollullos del Condado (Huelva)

INTRODUCCIÓN

La angina de pecho es la forma más común de manifestarse la cardiopatía isquémica. El paciente que presenta dolor anginoso es afortunado porque dentro del amplio abanico de manifestaciones de la cardiopatía isquémica, cualquiera de las otras como infarto del miocardio, muerte súbita, insuficiencia cardíaca y arritmias ventriculares, son más graves. Además, la presencia del dolor torácico permite poner en marcha todo el sistema diagnóstico terapéutico que redundará finalmente en una reducción del infarto del miocardio y la muerte.

OBJETIVO

Describir los cuidados enfermeros a realizar en el paciente con angina de pecho.

METODOLOGÍA Revisión de la literatura científica en las bases de datos Cuiden, Scielo, Cochrane, Elsevier y Google Académico con los descriptores: atención de enfermería, angina de pecho, isquemia miocárdica.

RESULTADOS

Los cuidados enfermeros en el paciente con angina de pecho estarán dirigidos a:

A) Prevención y control del dolor.

-Identificación de los factores que precipitan o alivian el dolor.

-Cambios de estilos de vida.

-Descripción de las medidas en caso de dolor precordial, como son el cese de la actividad, la toma de cafinitrina e identificación de los signos de atención urgente. En cuanto a la toma de cafinitrina, si es la primera vez, es necesario controlar la tensión arterial antes, si está baja no debe tomarse. Si es normal, se toma un comprimido sublingual, y si a los cinco minutos no desaparece el dolor debe tomarse una segunda toma. Si a los diez minutos no desaparece el dolor, debe tomarse una tercera e ir al hospital urgentemente.

B) Cuidar los factores de riesgo, como tabaco, alcohol, estrés, exceso de peso, falta de ejercicio y control de enfermedades como diabetes e HTA.

C) Evitar actividades que aumenten la demanda de oxígeno del miocardio.

- Evitar cafeína y otros alimentos estimulantes de la frecuencia cardiaca.
- Precaución con la altura, frío, estrés, ejercicio intenso.
- No actividad física después de las comidas.
- Evitar exceso de alcohol.

D) Medicamentos:

- Toma de medicación según lo prescrito, e informar sobre la aparición de signos relacionados con fármacos.

CONCLUSIONES

Es importante la prevención y control del dolor precordial en la angina de pecho. Del mismo modo es importante tratarla de modo adecuado para evitar consecuencias graves en el individuo.

ENF-73 EL SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO EN LA HOSPITALIZACIÓN

A. Bravo Adame⁽¹⁾, N. Martín Montero⁽²⁾, C. García Libroero⁽³⁾

⁽¹⁾Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

⁽²⁾Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva

⁽³⁾Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla

OBJETIVO

Dar a conocer las características y los factores relacionados con el síndrome confusional agudo (SCA).

METODOLOGÍA

Se realiza una revisión exhaustiva de la evidencia científica existente sobre el tema en cuestión. Se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica en bases de datos Medline, Pubmed, Cuiden y Scielo hasta mayo de 2015. Tras una lectura crítica de los artículos encontrados se recogen los que por su notoriedad científica son más interesantes.

RESULTADOS

El envejecimiento global de la población ha propiciado el aumento del número de ingresos en los centros hospitalarios de pacientes en situación de fragilidad (1). El SCA o delirium, es una patología multifactorial muy habitual en los pacientes ancianos y una de las complicaciones más frecuentes y graves en este tipo de pacientes hospitalizados (2). Se le debe considerar una urgencia médica, cuyo diagnóstico y tratamiento precoz previenen complicaciones (3). Se caracteriza por un cuadro de instauración aguda de alteración del nivel de consciencia, memoria, pensamiento y comportamiento (4). Se sabe que el síndrome confusional agudo puede pasar desapercibido, y que este hecho tiene consecuencias negativas, tanto para la evolución de la patología de base del paciente, como para su posterior recuperación (5).

Hay muchos factores predisponentes para que se dé este cuadro: edad avanzada, infección urinaria silente o alteraciones cognitivas previas (6). Los ancianos tienen mayor riesgo de presentar delirio por distintos factores: polimedicación, “envejecimiento cerebral”, déficit sensorial, aislamiento, cambios de entorno habitual (2).

CONCLUSIONES

Dado que el síndrome confusional agudo está relacionado con el aumento de la mortalidad, la morbilidad física, la duración de la estancia hospitalaria y la institucionalización posterior de los enfermos que lo padecen, se hace necesario trabajar en el desarrollo de medidas preventivas. A menudo, es un trastorno mal diagnosticado por lo que es de suma importancia que los profesionales implicados, especialmente, en los cuidados de las personas frágiles, sepan reconocer los signos y síntomas característicos. Las intervenciones individuales junto con las organizacionales podrán mejorar la atención del síndrome confusional agudo.

BIBLIOGRAFÍA

Amado Tineo JP, Chucas Ascencio LA, Rojas Moya CR, Pintado Caballero S, Cerrón Aguilar CA, Vásquez Alva R. Factores asociados a síndrome confusional agudo en adultos mayores internados en emergencia de un hospital terciario. *An Fac med.* 2013; 74 (3):193-197

ENF-74 LA MUSICOTERAPIA EN LOS CUIDADOS PALIATIVOS

A. Bravo Adame⁽¹⁾, N. Martín Montero⁽²⁾, C. García Libroero⁽³⁾

⁽¹⁾Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

⁽²⁾Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva

⁽³⁾Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla

OBJETIVO

Reflexionar sobre el uso de la musicoterapia como terapia complementaria y sus beneficios en los cuidados paliativos.

METODOLOGÍA

Se realiza una revisión exhaustiva de la evidencia científica sobre la música como terapia complementaria y su repercusión en los cuidados paliativos. Se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica en bases de datos Medline, Pubmed, Cuiden y Scielo hasta mayo de 2015. Tras una lectura crítica de los artículos encontrados se recogen los que por su notabilidad científica son más interesantes.

RESULTADOS

Durante estos últimos años hemos observado un significativo y progresivo aumento de actividades de extensión y divulgación relacionadas con la denominada Medicina Complementaria y Alternativa (1). En los últimos años el empleo de la musicoterapia ha

ido ganando un sitio cada vez más importante dentro de las Terapias Alternativas, ya que sus resultados son excelentes para enfermedades de diversa índole constituyendo parte importante de la rehabilitación y crecimiento emocional en el paciente y en las personas de su entorno. (2) La musicoterapia hace uso de sonidos, trozos musicales y estructuras rítmicas para conseguir diferentes efectos terapéuticos directos e indirectos a nivel fisiológico, social, psicológico e intelectual (2). Se ha demostrado en diversos estudios la efectividad de la musicoterapia aplicada a los cuidados de salud mejora el bienestar de los pacientes y de sus familiares.

(2) La integración de la musicoterapia en el equipo de cuidados paliativos puede ayudar a pacientes y cuidadores a manejar algunas necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales que se presentan: facilitar cambios en la percepción del dolor y la ansiedad, normalizar el entorno, mejorar el estado de ánimo, relajar, facilitar la expresión y canalización de emociones, conectar con aspectos espirituales y ofrecer apoyo para saber decir adiós o facilitar el proceso de duelo (3)

CONCLUSIONES

Podemos concluir con que en España es aún una terapia relativamente joven, y que a pesar de la escasez de artículos encontrados sobre enfermería y la musicoterapias existe un creciente interés por desarrollar intervenciones de enfermería que alivien la ansiedad, malestar e incomodidad de los pacientes durante la hospitalización. Aunque no existan artículos que contraindiquen el uso de la musicoterapia, cabe destacar la necesidad de una valoración previa a esta intervención que no debe sustituir nunca a la terapia convencional, sino complementarla.

BIBLIOGRAFÍA

1. Yáñez Amorós B. *Musicoterapia en el paciente oncológico. Cultura de cuidados. 2011; 29: 57-53*

ENF-75 LAS CAÍDAS EN EL MEDIO HOSPITALARIO

A. Bravo Adame⁽¹⁾, N. Martín Montero⁽²⁾, C. García Libroero⁽³⁾

⁽¹⁾Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

⁽²⁾Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva

⁽³⁾Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla

OBJETIVO

Reflexionar sobre el papel de enfermería en la identificación del riesgo y la prevención de caídas en la hospitalización.

METODOLOGÍA

Se realiza una revisión narrativa del tema en cuestión. Se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica en bases de datos Medline, Pubmed, Cuiden y Scielo hasta mayo de 2015. Tras una lectura crítica y contrastada de los artículos encontrados se recogen los que por su relevancia científica son más interesantes.

RESULTADOS

Algunos estudios apuntan que las caídas constituyen uno de los eventos adversos más prevalentes en el ambiente hospitalario (1) Las mismas pueden ocasionar daños, aumentar las complicaciones clínicas y el tiempo de internación de los pacientes, además de aumentar los costos hospitalarios de su tratamiento (1). La seguridad de los enfermos internados en servicios de salud es una de las preocupaciones prioritarias en los sistemas de control de calidad (2). Para obtener un ambiente libre de riesgos deben considerarse acciones preventivas para minimizar los factores riesgosos, los cuales pueden ser intrínsecos o extrínsecos. Los primeros comprenden las características propias de la persona y los segundos se refieren al entorno hospitalario (3). Los factores inherentes al paciente que intervienen para sufrir una caída en el ambiente hospitalario son diversos, sin embargo, existen algunos que se presentan con mayor frecuencia (3). En diferentes instituciones se ha observado que la prevalencia de factores de riesgo está dirigida a la infraestructura, ya que son ambientes desconocidos para el paciente, inciden negativamente en su deambulación, implica adaptarse a mobiliarios diferentes y genera una gran dependencia para resolver sus necesidades básicas (3). El personal de enfermería debe contar con las habilidades técnicas y sociales que le permitan evaluar las condiciones de un paciente a su ingreso y clasificar el riesgo de caída. Estas medidas incluyen la coordinación efectiva con el resto del personal involucrado en la atención del paciente y especialmente, la comunicación y la educación al paciente si su condición física-emocional lo permite, así como, a los familiares o visitantes, quienes muchas veces están directamente al cuidado de los pacientes en los hospitales (4).

CONCLUSIONES

Se puede concluir con que la caída puede acarrear una serie de consecuencias negativas para la persona mayor, desde perjuicios físicos, como lesiones tisulares y fracturas, a daños psicológicos y pérdida de la autonomía, e incluso la muerte. Debido al impacto y frecuencia del número de caídas presentes en la literatura es necesario reflexionar, analizar y establecer programas que incidan en la disminución de los factores de riesgo y en la promoción de medidas preventivas, lo que disminuiría costes al sistema sanitario generados por los efectos negativos de las caídas. Es aquí, donde enfermería juega un papel importante por lo que debe poseer medios y estar capacitada para identificar los riesgos y minimizarlos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Olvera-Arreola SS, Hernández Cantoral A, Arroyo Lucas S, Nava Galán MG, Zapien Velázquez MA, Pérez López MT et al. Factores relacionados con la presencia de caídas en pacientes hospitalizados. *Rev. Invest. Clín.* 2013,65 (1):88-93

ENF-77 ABORDAJE DE ENFERMERIA .CONTROL DE SINTOMAS ANTE EL DOLOR

AUTORES

L. González Martín⁽¹⁾, A. Vázquez Morón⁽²⁾, A. A. Salvador Gómez⁽¹⁾,
M. Quintana Palmeira⁽³⁾, A. I. Santiago Quejido⁽⁴⁾,
A. A. Alfonso Martín⁽⁵⁾, L. Rivera Moreno⁽⁶⁾, R. Martín Liscano⁽²⁾

⁽¹⁾Colegio O. Enfermería Huelva

⁽²⁾Huelva Asistencial

⁽³⁾Hospital Vázquez Díaz. Huelva

⁽⁴⁾CECOFAR. Huelva

⁽⁵⁾SAE

⁽⁶⁾Sequiron

OBJETIVOS

Conocer los principios generales para el control de síntomas ante el dolor en la práctica enfermera.

MATERIAL Y MÉTODO

Búsqueda bibliográfica en fuentes científicas de la sociedad española de cuidados paliativos.

RESULTADOS

Tras una valoración enfermera obtendremos información sobre la intensidad del dolor, repercusiones, efectos negativos, pauta analgésica y estrategia multimodal del dolor.

CONCLUSIONES

Cuando un paciente muestra que le duele es que le duele, como vía de administración de elección la vía oral y en segundo término parenteral subcutánea. También tener en cuenta medidas no farmacológicas.

ENF-78 TÍTULO INSTRUMENTOS DE VALORACION ENFERMERA ANTE EL DOLOR AUTORES

L. González Martín⁽¹⁾, A. Vázquez Morón⁽²⁾, A. A. Salvador Gómez⁽¹⁾,
M. Quintana Palmeira⁽³⁾, A. I. Santiago Quejido⁽⁴⁾,
A. A. Alfonso Martín⁽⁵⁾, L. Rivera Moreno⁽⁶⁾, R. Martín Liscano⁽²⁾

⁽¹⁾*Colegio O. Enfermería Huelva*

⁽²⁾*Huelva Asistencial*

⁽³⁾*Hospital Vázquez Díaz. Huelva*

⁽⁴⁾*CECOFAR. Huelva*

⁽⁵⁾*SAE*

⁽⁶⁾*Sequiron*

OBJETIVOS

Conocer los diferentes instrumentos de valoración enfermera ante el dolor con el fin de mejorar el mismo en nuestros usuarios. Para que se restablezca su actividad de la vida diaria en el menor tiempo posible.

MATERIAL Y MÉTODO

Mediante una búsqueda bibliográfica en las bases de datos durante los años 2010-2015 por medio de las palabras claves métodos de evaluación enfermera ante el dolor.

RESULTADOS

Nuestros resultados han correspondido por un lado medidas fisiológicas, cuestionarios de MC Gill, cuestionarios unidimensionales entre ellos escala visual analógica, escala numérica y escala de rostros. Cuestionarios multidimensionales Bmq y Mmq.

CONCLUSIONES

Los profesionales enfermeros tenemos entre nuestros retos el control del dolor en nuestros usuarios por ello la necesidad de conocer la oferta de instrumentos ante el dolor. Actualmente las instituciones y el resto de profesionales no nos reconoce nuestra labor ante el dolor.

ENF-79 INSTRUMENTOS DE VALORACION ENFERMERA ANTE EL DOLOR

A. Vázquez Morón⁽¹⁾, A. A. Salvador Gómez⁽²⁾, M. Quintana Palmeira⁽³⁾,
A. I. Santiago Quejido⁽⁴⁾, A. Alfonso Martín⁽⁵⁾,
L. Rivera Moreno⁽⁶⁾, R. Martín Liscano⁽¹⁾, L. González Martín⁽²⁾

⁽¹⁾Huelva Asistencial

⁽²⁾Colegio O. Enfermería Huelva

⁽³⁾Hospital Vázquez Díaz. Huelva

⁽⁴⁾CECOFAR. Huelva

⁽⁵⁾SAE

⁽⁶⁾Sequiron

OBJETIVOS

Conocer y estudiar la escala MC GILL instrumento de valoración ante el dolor.

MATERIAL Y MÉTODO

Búsqueda bibliográfica en bases de datos scielo.pubmed y enfispo mediante las palabras claves escala MC Gill durante los años 2007-2015.

RESULTADOS

La escala MC Gill es un instrumento para la valoración ante dolor muy válida y eficaz en la práctica enfermera evalúa la intensidad del dolor, cualidad del dolor y localización del dolor mediante veinte descriptores sido traducida a quince idiomas.

CONCLUSIONES

A pesar de los grandes estudios realizados por los enfermeros ante el dolor y su evaluación aun no estamos reconocidos por las instituciones es por ello la necesidad de este trabajo con el fin de mejorar nuestros cuidados enfermeros y el conseguir nuestro merecido reconocimiento ante estos cuidados en nuestros pacientes.

ENF-80 CUIDADOS ENFERMEROS EN LOS CUIDADOS PALIATIVOS

J. M. Pavón Reyes⁽¹⁾, C. C. Rodríguez Roela⁽²⁾

⁽¹⁾Enfermero, ⁽²⁾Auxiliar de enfermería. Colegio Oficial de Enfermería de Huelva

OBJETIVOS

Conocer los cuidados enfermeros ante los cuidados paliativos. Ofrecer mejoras en los cuidados enfermeros.

MATERIAL Y MÉTODO

Búsqueda bibliográfica en bases de datos scielo y enfispo últimos cinco años bajo palabras claves cuidados enfermeros ante los cuidados paliativos.

RESULTADOS

La evolución de la profesión enfermera ante los mismos ha efectuado un gran avance con la profesionalización de los cuidados, la instauración de protocolos de actuación y el comienzo del reconocimiento de nuestra practica enfermera.

CONCLUSIONES

Necesidad de definir el desarrollo de las competencias enfermeras, necesidad de que el equipo interdisciplinar se implique en los cuidados. Necesidad de una cobertura científica mayor. Obligación de que todos los profesionales nos impliquemos en el registro de nuestras actividades y en el desarrollo del plan de cuidados valoración identificación de problemas, planificación ejecución y evaluación.

ENF-83 PREVENCIÓN DE LA OSTEOPOROSIS EN MUJERES

A. Vázquez Morón⁽¹⁾, A. A. Salvador Gómez⁽²⁾, M. Quintana Palmeira⁽³⁾,
A. I. Santiago Quejido⁽⁴⁾, A. Alfonso Martín⁽⁵⁾,
L. Rivera Moreno⁽⁶⁾, R. Martín Liscano⁽¹⁾, L. González Martín⁽²⁾

⁽¹⁾Huelva Asistencial

⁽²⁾Colegio O. Enfermería Huelva

⁽³⁾Hospital Vázquez Díaz. Huelva

⁽⁴⁾CECOFAR. Huelva

⁽⁵⁾SAE

⁽⁶⁾Sequiron

OBJETIVOS

Promover estilos de vida saludables y conocimientos en la población femenina sobre la osteoporosis.

MATERIAL Y MÉTODO

Búsqueda bibliográfica bases de datos scielo y enfispo durante los años 2007-2015 mediante palabras claves prevención de la osteoporosis en mujeres.

RESULTADOS

La osteoporosis es una enfermedad sistémica c cuya prevención mediante ingesta adecuada alimentaria y ejercicio mejora satisfactoriamente, ya que las mujeres fuman, no tienen buena alimentación ni ejercicio físico que lo predispone.

CONCLUSIONES

Es necesaria una buena educación de la salud en nuestras pacientes, una buena valoración enfermera mediante la estandarización de planes de cuidados.

ENF-85 OSTEOPOROSIS: PLANES DE CUIDADOS ENFERMEROS

A. Vázquez Morón⁽¹⁾, A. A. Salvador Gómez⁽²⁾, M. Quintana Palmeira⁽³⁾,
A. I. Santiago Quejido⁽⁴⁾, A. Alfonso Martín⁽⁵⁾,
L. Rivera Moreno⁽⁶⁾, R. Martín Liscano⁽¹⁾, L. González Martín⁽²⁾

⁽¹⁾Huelva Asistencial

⁽²⁾Colegio O. Enfermería Huelva

⁽³⁾Hospital Vázquez Díaz. Huelva

⁽⁴⁾CECOFAR. Huelva

⁽⁵⁾SAE

⁽⁶⁾Sequiron

DESCRIPCIÓN

Los cuidados enfermeros, en esta patología, pueden ser muy importantes para facilitar el autocuidado y el afrontamiento eficaz de la enfermedad y deberían estar centrados en programas estructurados de Educación para la Salud dirigidos específicamente a estos enfermos.

OBJETIVOS

-Realización y aplicación de un plan específico a cada paciente. -Visitas periódicas mensuales para valoración. -Intervención educativa grupal.

MATERIAL Y MÉTODO

Busca bibliográfica en las bases de datos scielo en fispo con las palabras claves: Osteoporosis, cuidados enfermeros, intervención grupal, plan específico.

RESULTADOS

-Control de evolución de la enfermedad y todos los factores que influyen en ella y afecta al paciente de forma específica. -Aumento de autoestima y sensación de capacidad para conseguir cuidarse. -Se evitará descuidos y despreocupación de la patología.

CONCLUSIONES

Con la simplificación, estructuración y planificación de las pautas que ha de realizarse, de forma conjunta con la forma adecuada que ha transmitirse, se conseguirá que le resulte al paciente más fácil asimilar los conocimientos y agradable para llevar acabo, y el conjunto de cuidados sea más eficaz.

ENF-87 CUIDADOS ENFERMERIA EN LA PREVENCION Y DETECCION PRECOZ DE TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA EN EMBARAZO

I. Romero Moriel, A. Rojas Ibáñez, S. R. Rueda Mora
Educación para la salud. Ayuntamiento de Málaga

INTRODUCCIÓN

La trombosis venosa profunda tiene un índice de incidencia más alto en mujeres embarazadas y va aumentando a medida que avanza el embarazo, manteniendo un riesgo alto hasta 4 o 6 semanas después de dar a luz, debido a un aumento de algunos factores de coagulación y otros factores como el estasis venoso, además de otros factores de riesgo comunes a cualquier persona como traumatismo, cirugía, inmovilización prolongada, obesidad, tabaquismo, etc.

OBJETIVOS

Realizar la prevención de la trombosis tomando medidas precoces en la preconcepción o estado inicial del embarazo y dar información para realizar una detección precoz.

METODOLOGÍA

Revisión bibliográfica de diversas fuentes de información.

RESULTADOS

Informar sobre riesgos y complicaciones de la trombosis en el embarazo; preferiblemente en la visita preconcepcional o en su defecto en estado inicial del embarazo; así como medidas de precaución y pautas para evitarlas, como deambulación precoz, una dieta saludable, mantener piernas elevadas mientras se esté en reposo, uso de medias de compresión... También daremos importancia en una detección precoz, con el fin de evitar complicaciones mayores como embolismo pulmonar, gangrena cutánea, insuficiencia venosa crónica, trastornos tróficos o ulceración cutánea.

Para ello se deberá informar a este grupo sobre signos y síntomas para detectar esta complicación, como el signo de Homans, dolor profundo en la pierna de aparición brusca y que desaparece con la elevación de estas, calor tumefacción, sensación de peso y tensión en pierna afecta.

Revisar y evaluar el grado de conocimiento y las medidas adoptadas por parte de la embarazada sobre este tema en cada visita puerperal.

CONCLUSIÓN

Dado que la trombosis venosa profunda tiene mayor incidencia en las embarazadas y puede acarrear consecuencias negativas importantes para la mujer, hay que hacer hincapié en la prevención y poner en conocimiento de las embarazadas o mujeres que vayan a concebir, una serie de pautas y medidas para intentar evitarlas; con el fin de disminuir el número de mujeres embarazadas que sufran trombosis venosa profunda y sus posibles complicaciones.

BIBLIOGRAFÍA

1. *Manual de enfermería CTO, tomo I y II* (Editorial McGraw Hill, Interamericana).
2. <http://www.acog.org/Patients/Search-Patient-Education-Pamphlets-Spanish/Files/Como-prevenir-la-trombosis-venosa-profunda>
3. <http://www.revespcardiol.org/es/embarazo-cardiopatia/articulo/13092801/>
<http://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-trombosis-venosa-el-embarazo-90374094>
4. http://www.capitulodeflebologia.org/media/Folleto_Embarazada_169.pdf
<http://www.trombo.info/pacientes/mujer-etv/embarazo>
<http://www.madrid.org/hospitalramonycajal>

ENF-88 SEGURIDAD EN LA MOVILIZACION PARA PACIENTES Y PROFESIONALES

I. Romero Moriel, S. R. Rueda Mora, A. Rojas Ibáñez
Educación para la salud. Ayuntamiento de Málaga

INTRODUCCIÓN

La úlcera por presión se define como un daño en la piel o tejido subyacente originado por la presión prolongada sobre un plano duro. Esta patología es mucho más frecuente en mayores de 70 años y en personas con movilidad reducida. Se estima que afecta en torno al 0,2% de la población y su mortalidad ronda las 600 personas al año. Provocan una prolongación de la estancia hospitalaria y un aumento de los costes sanitarios. Un 95% de ellas podría evitarse con los cuidados adecuados. En el contexto hospitalario los cambios posturales se configuran como parte esencial de la prevención. Pero, ¿realizamos los cambios posturales de forma segura para y paciente y para nosotros mismos, los profesionales?

OBJETIVOS

Realizar un procedimiento estandar para asegurar la movilización correcta al paciente en función de su nivel de dependencia y que además sea seguro para los profesionales que lo realizan.

METODOLOGÍA

Revisión bibliográfica de diversas fuentes de información.

RESULTADOS

Beneficios de la correcta movilización para el profesional:

Prevenir las posibles lesiones derivadas de una incorrecta movilización.

Evitar la cronificación de las posibles lesiones que el trabajador ya tuviera

Evitar el sobreesfuerzo en el trabajo diario, ya que el desconocimiento de las posibilidades de un paciente conduce a actuar con el como si el grado de dependencia fuera máximo.

Para el paciente:

Evitar y/o disminuir el dolor en los pacientes así como las posibles lesiones cutáneas y/o articulares

Conseguir una participación activa del paciente, despertando así sentimientos de persona activa y disminuyendo el rol de enfermo mediante su participación activa en la movilización.

CONCLUSIÓN

Consideramos realizar un procedimiento estandarizado para todo el personal, podemos garantizar la adecuada participación y satisfacción en la actividad por ambas partes, paciente y profesional, así como contribuir al proceso de recuperación.

ENF-90 NEUROMODULADORES. PREGABALINA. EFECTOS SECUNDARIOS

L. González Martín⁽¹⁾, A. Vázquez Morón⁽²⁾, A. A. Salvador Gómez⁽¹⁾,
M. Quintana Palmeira⁽³⁾, A. I. Santiago Quejido⁽⁴⁾,
A. Alfonso Martín⁽⁵⁾, L. Rivera Moreno⁽⁶⁾, R. Martín Liscano⁽¹⁾

⁽¹⁾*Colegio O. Enfermería Huelva*

⁽²⁾*Huelva Asistencial*

⁽³⁾*Hospital Vázquez Díaz. Huelva*

⁽⁴⁾*CECOFAR. Huelva*

⁽⁵⁾*SAE*

⁽⁶⁾*Sequiron*

OBJETIVOS

Conocer el efecto secundario como resultado del uso de pregabalina (ageusia).

MATERIAL Y MÉTODO

Mediante una búsqueda bibliográfica en las bases de datos scielo, pubmed y enfispo entre el intervalo de tiempo 2010-2015 mediante las palabras claves de ageusia efecto secundario de pregabalina.

RESULTADOS

El sentido del gusto no es muy estudiado por los profesionales sanitarios y es un efecto producido por el consumo del fármaco neuromodulador pregabalina. El paciente sufre alteración de los sabores dulces salado cítrico y ácido. Dicha anomalía se detecta mediante un test llamado test taste.

11-13 de Junio de 2015

Hotel Barceló Punta Umbría Centro de Convenciones. Huelva

CONCLUSIONES

Tras El consumo de pregabalina los pacientes sufren ageusia y uno de nuestros retos estudio del mismo para poder ofertar unos cuidados adecuados para que puedan pronto restablecer su actividad diaria de manera óptima. El resto de profesionales e instituciones no reconocen nuestra labor ante el dolor.

MIEMBROS DEL COMITÉ EVALUADOR

Dr. Alberto Ruiz Cantero

Presidente de la SADEMI

Servicio de Medicina Interna

Hospital de la Serranía. Ronda, Málaga

Dr. Mariano Aguayo Canela

Servicio de Medicina Interna

Complejo Hospitalario Universitario de Huelva

Dr. Fernando Gamboa Antiñolo

Servicio de Medicina Interna

Hospital Nuestra Señora de Valme. Sevilla

Dr. Javier García Alegría

Servicio de Medicina Interna

Hospital Costa del Sol. Marbella, Málaga

Dr. Alfredo Michán Doña

Servicio de Medicina Interna

Hospital del SAS de Jerez de la Frontera (Cádiz)

11-13 de Junio de 2015

Hotel Barceló Punta Umbría Centro de Convenciones. Huelva

S&H Medical Science Congress
C/Espronedada 27, Entreplanta. 28003, Madrid
Tfno: 91 535 71 83/ Fax: 91 181 7616
Email: comunicaciones@shmedical.es / sh@shmedical.es

Reservado todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, transmitida en ninguna forma o medio alguno, electrónico o mecánico, incluyendo las fotocopias, grabaciones o cualquier sistema de recuperación de almacenaje de información, sin permiso escrito del titular del copyright.

ISBN: 978-84-606-9014-6

Fademi
Fundación Andaluza de Medicina Interna

S&H
MEDICAL
SCIENCE
CONGRESS

S&H Medical Science Congress
C/ Espronceda, 27, Entreplanta. 28003 Madrid
Tfno.: 91 535 71 83 • Fax: 91 181 76 16
E-mail: congresos@shmedical.es
Página Web: www.shmedical.es