

XIV

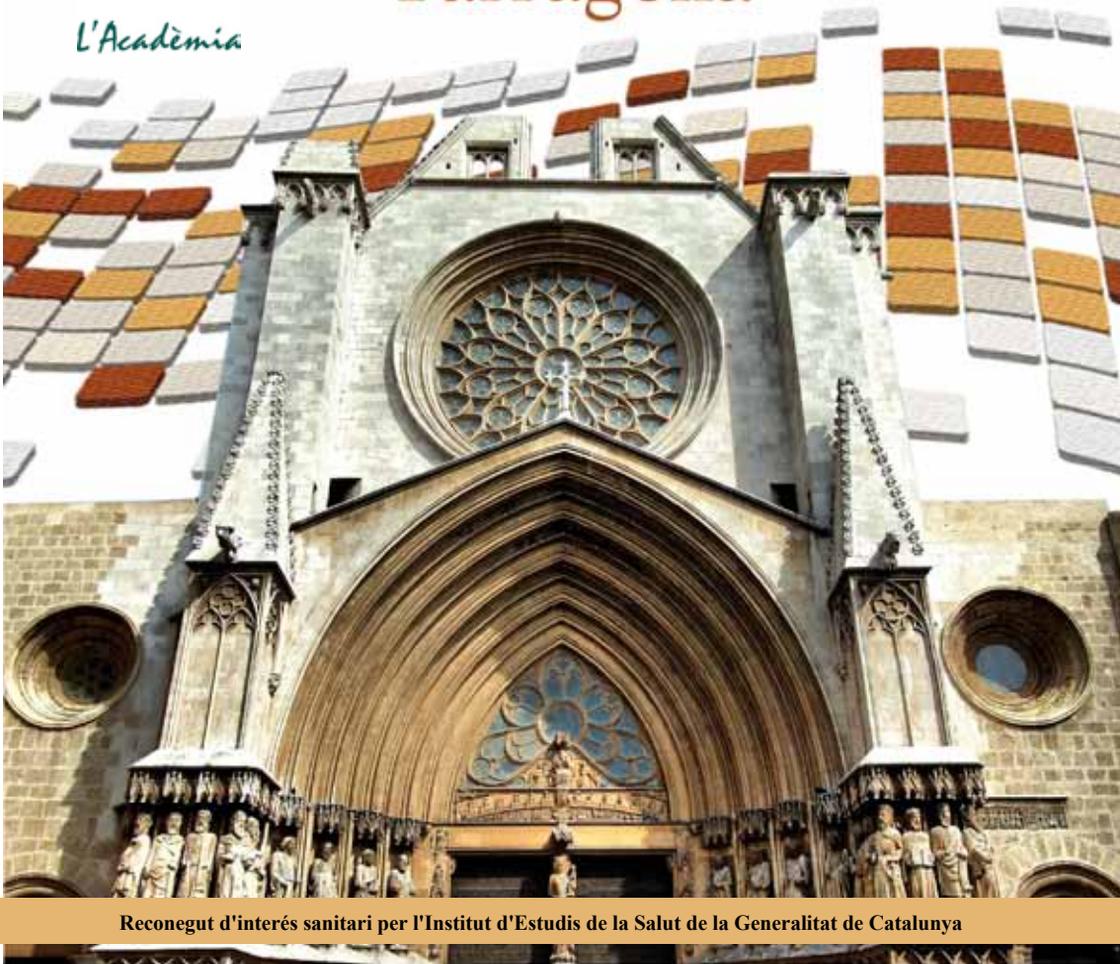
Congrès de la
Societat Catalano-Balear
de Medicina Interna

26-27 de Maig 2011 - Palau de Congressos



L'Acadèmia

Tarragona



Reconegut d'interès sanitari per l'Institut d'Estudis de la Salut de la Generalitat de Catalunya

Organitzat pel Servei de Medicina Interna de l'Hospital de Sant Pau i Santa Tecla de Tarragona



XARXA Sanitària i Social
de SANTA TECLA

Hospital de Sant Pau
i Santa Tecla



Benvolguts amics,

El Comitè Organitzador us dóna la benvinguda i us convida a assistir i a participar activament al **XIV Congrés Català-Balear de Medicina Interna (SCBMI)** que tindrà lloc al Palau de Congressos de Tarragona els dies 26 i 27 de maig de 2011. Són aquestes unes ocasions úniques per posar-nos al dia dels darrers avenços de la nostra especialitat i també per trobar-nos i intercanviar opinions i experiències.

Per elaborar el programa científic, que es desenvoluparà en forma de taules rodones i conferències, ens hem centrat en els avenços i novetats produïdes a les patologies més prevalents de la nostra especialitat, i que son el centre de la nostra activitat assistencial diària. Això, però, no ens ha fet deixar de costat altres temes, menys freqüents, però presents en la nostra tasca diària.

El Congrés tindrà la seva pròpia pàgina Web, a través de la pàgina oficial de la SEMI, per facilitar tota la informació relacionada amb el mateix, així com per realitzar les inscripcions i tramesa de les comunicacions.

Volem agrair la confiança dipositada en nosaltres i el suport incondicional de la Junta Directiva de la Societat Catalano-Balear de Medicina Interna (SCBMI) així com agrair d'antuvi la col.laboració i el esforç dels conferencians, dels moderadors i dels ponents.

Finalment, no podem deixar d'expressar el nostre agraïment a la Indústria Farmacèutica, ja que sense la seva col.laboració seria molt difícil dur a terme aquests actes científics.

Moltes gràcies per la vostra participació.

El Comitè Organitzador.

•COMITÈ D'HONOR•

Hble. Sr. D. Boi Ruiz i García
Conseller de Salut de la Generalitat de Catalunya

Excmo. Sr. D. Josep Félix Ballesteros Casanova
Alcalde de Tarragona

Sr. D. Josep Mercadé Orriols
Delegat Provincial de Salut de Tarragona

Dr. D. Javier García Alegría
President SEMI

Dr. D. Alfons López Soto
President SCBMI

Dr. D. Enric Pedrol Clotet
President del Comitè Organitzador

•JUNTA DIRECTIVA DE LA SCBMI•

President: Dr. Alfons López Soto

Vicepresident: Dr. Jordi Delàs Amat

Secretari: Dr. Ferrán Nonell Gregori

Tresorer: Dr. Alfons López Soto

Vocals: Dr. Carles Miret Mas
Dr. César Morcillo Serra

Representant Illes Balears: Dr. Lucio Pallarés Ferreres

Secció Metges Residents: Dra. Leonor Ballester Joya

Secció Malalties Autoimmunes: Dra. Roser Solans Laqué

Representants Caps de Servei: Dr. Enric Pedrol Clotet

Dra. Ester Dorca Badía

•COMITÉ ORGANITZADOR•

President: Dr. Enric Pedrol Clotet
Vocals: Dra. Mónica Córdoba
Dra. Alexandra Díaz Combrrie
Dr. Alfons López Soto
Dr. Carles Miret Mas
Dra. Laura Noblia Gigena
Dr. Ferrán Nonell Gregori
Dr. Lucio Pallarés Ferreres
Dra. Maria Tasia Pitarch

•COMITÉ CIENTÍFIC•

President: Dr. Carles Creus Gras
Vocals: Dra. Olga Araújo Loperena
Dra. Leonor Ballester Joya
Dr. Jordi Delàs Amat
Dr. Antonio Delegido Sánchez-Migallón
Dra. Ester Dorca Badía
Dr. Sebastián Hernández Toboso
Dr. César Morcillo Serra
Dr. Rafael Ramírez Montesinos
Dra. Sheila Ruiz Ruiz
Dra. Roser Solans Laqué

26-27 de Maig 2011 - Palau de Congressos
Tarragona

Dijous, 26 de Maig

09:00-10:00 h **LLIURAMENTE DE DOCUMENTACIÓ**

10:00-10:30 h **INAUGURACIÓ OFICIAL DEL CONGRÉS**

Hble. Sr. Boi Ruiz i Garcia

Conseller de Salut de la Generalitat de Catalunya

Sra. Carmen Crespo Blázquez

Tinent d'alcalde de Cultura, Medi Ambient i Salut. Ajuntament Tarragona

Dr. Joan María Adserá Gebellí

Director General de la Xarxa Sanitària i Social de la Santa Tecla.
Tarragona

Dr. Javier García Alegría

Presidente de la Sociedad Española de Medicina Interna

Dr. Alfonso López Soto

President de la Societat Catalano-Balear de Medicina Interna

Dr. Enric Pedrol Clotet

President Comitè Organitzador

10:30-11:30 h **CONFERÈNCIA-COL-LOQUI
URGÈNCIES I MEDICINA INTERNA**

Presentador: Dr. Enric Pedrol Clotet

Servei de Medicina Interna
Hospital de Sant Pau i Santa Tecla. Tarragona

Ponent: Dr. Carles Miret i Mas

Servei de Medicina Interna
Hospital Dos de Maig. Barcelona

11:30-12:00 h **PAUSA-CAFÈ**

Dijous, 26 de Maig

**12:00-13:15 h CONFERÈNCIA MAGISTRAL
ALTERACIONS DEL METABOLISME LIPÍDIC EN L'OBESITAT I LA
DIABETIS**

Presentador: Dr. Carles Creus Gras
Servei de Medicina Interna
Hospital de Sant Pau i Santa Tecla. Tarragona

Ponent: Dr. Lluís Masana Marín
Servei de Medicina Interna
Hospital Universitari Sant Joan de Reus. Tarragona

Patrocinat per Merck Sharp & Dohme

13:15-15:30 h DINAR DE TREBALL

**15:30-17:00 h TAULA RODONA I
RISC CARDIOVASCULAR**

Moderadors: Dr. Josep Closas Mestre
Servei de Medicina Interna
Hospital de Viladecans. Barcelona

Dr. Rafael Ramírez Montesinos
Servei de Medicina Interna
Hospital de Sant Pau i Santa Tecla. Tarragona

**Actualització en factors de risc cardiovascular: hipertensió arterial,
dislipèmia i diabetis mellitus**

Dr. Miquel Camafort Babkowski
Servei de Medicina Interna (IISPV-URV)
Hospital Comarcal Mora d'Ebre. Tarragona

Nous antiagregants plaquetaris

Dr. Lluís Carles Oliván Sayrol
Servei de Cardiologia
Hospital de Sant Pau i Santa Tecla. Tarragona

Dijous, 26 de Maig

Maneig i controvèrsies de la esteatohepatitis no alcohòlica

Dr. Joan Caballeria Rovira

Servei de Hepatologia

Hospital Clinic i Provincial. Barcelona

Patrocinat per AstraZeneca

17:00-17:15 h PAUSA-CAFÈ

17:15-18:45 h TAULA RODONA II

**MALALTIA TROMBOEMBÒLICA VENOSA: NOVES
PERSPECTIVA EN EL TRACTAMENT DE LA MALALTIA
TROMBOEMBÒLICA VENOSA**

Moderadors: Dr. Ferrán García-Bragado Dalmau

Servei de Medicina Interna

Hospital Universitari Dr. Josep Trueta. Girona

Dr. Sebastián Hernández Toboso

Servei de Medicina Interna

Hospital de Sant Pau i Santa Tecla. Tarragona

Nous anticoagulants orals: evidència i seguretat

Dr. Manuel Monreal Bosch

Servei de Medicina Interna

Hospital Universitari Germans Trías i Pujol. Badalona, Barcelona

**Ús d'heparina de baix pes molecular en el tractament a llarg termini
de la malaltia tromboembòlica venosa**

Dr. Pablo Javier Marchena Yglesias

Servei de Medicina Interna

Hospital de Sant Boi. Sant Boi del Llobregat. Barcelona

Temps de anticoagulació en la malaltia tromboembòlica venosa

Dra. M^a José Herranz Martí

Servei d'Hematologia i Hemoteràpia

Hospital de Sant Pau i Santa Tecla. Tarragona

Patrocinat per Bayer

Dijous, 26 de Maig

18:45-19:15 h **TROMBADA AMB LÉXPERT**
ACTUALIZACIÓ EN EL MANEIG DE LES HIPONATREMIES

Presentador: **Dr. José Luis Morales Rull**
Servei de Medicina Interna
Hospital Universitari de Arnau de Vilanova. Lleida

Ponent: **Dr. Miguel Camafort Babkowski**
Servei de Medicina Interna
Hospital Comarcal Mora d'Ebre. Tarragona

Patrocinat per Otsuka

19:15-20:15 h **SESSIÓ DE PÒSTERS I i II**
Auditori Eutyches, Sala Minerva

Moderadors: **Dra. Belén Xifré Rodríguez**
Servei Medicina Interna
Hospital del Vendrell. Tarragona

Dra. Mónica Ribell Bachs
Servei de Medicina Interna
Hospital General de Granollers. Barcelona

20:15 h **Còctel de Benvinguda**

Divendres, 27 de Maig

09:00-10:00 h **SESSIÓ DE COMUNICACIONS ORALS I i II**
Auditori Eutyches, Sala Minerva

Moderadors: **Dr. Domingo Bofill Montoro**
Servei de Medicina Interna
Hospital de Tortosa Verge de la Cinta. Tortosa, Tarragona

Dra. Rosa M^a Pérez Bernalte
Servei de Medicina Interna
Hospital del Vendrell. Tarragona

Divendres, 27 de Maig

10:00-11:30 h **TAULA RODONA III**
SIDA

Moderadors: **Dra. Rosa Polo Rodríguez**
Secretaría del Plan Nacional sobre la SIDA
Ministeri de Sanitat. Madrid

Dr. Antonio Delegido Sánchez-Migallón
Servei de Medicina Interna
Hospital de Sant Pau i Santa Tecla. Tarragona

El Top five de la SIDA per al metge internista

Dr. Josep María Llibre Codina
Unitat VIH
Hospital Universitari Germans Trías i Pujol. Badalona, Barcelona

Efectes Secundaris del tractament antirretroviral

Dr. Hernando Knobel Freud
Servei de Medicina Interna
Hospital del Mar. Barcelona

La Sida d'aquí a 10 anys: implicacions pels internistes

Dr. Pere Domingo Pedrol
Servei de Medicina Interna
Hospital de Sant Pau. Barcelona

12:00-13:30 h **TAULA RODONA IV**
MALALTIES AUTOINMUNES SISTÈMIQUES

Moderadors: **Dra. Olga Araújo Loperena**
Servei Medicina Interna
Hospital de Sant Pau i Santa Tecla. Tarragona

Dr. Lucio Pallarés Ferreres
Servei de Medicina Interna
Hospital Son Espases. Palma de Mallorca

Divendres, 27 de Maig

Infecció intercurrent en el LES

Dr. Francesc Fernández Monrás

Servei de Medicina Interna
Hospital Universitari Sagrat Cor. Barcelona

Lupus i factors de risc cardiovascular

Dr. Antoni Castro Salomó

Servei de Medicina Interna
Hospital Universitari Sant Joan de Reus. Tarragona

Malaltia de Behçet

Dra. Mónica Rodríguez Carballeira

Servei de Medicina Interna
Hospital Mútua de Tarrassa. Barcelona

11:30-12:00 h PAUSA-CAFÈ

13:30-14:30 h TAULA RODONA V
ENVELLIMENT

Moderador: Dr. Quim Amorós Le- Roux

Unitat de Geriatria. Servei de Medicina Interna
Centre Socio-Sanitari Llevant. Xarxa Sanitària i Social de Santa Tecla.
Tarragona

Envelliment satisfactori

Dr. Alfons López Soto

Unitat de Geriatria. Servei de Medicina Interna
Hospital Cínic i Provincial. Barcelona

Síndromes geriàtrics

Dr. Domingo Ruiz Hidalgo

Unitat de Geriatria. Servei de Medicina Interna
Hospital de Sant Pau. Barcelona

26-27 de Maig 2011 - Palau de Congressos
Tarragona

Divendres, 27 de Maig

Maneig de la insuficiència cardíaca en el malalt ancià

Dr. David Chivite Guillén

UFISS de Geriatria. Servei de Medicina Interna

Hospital Univeristari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona

Polifarmacia i envelliment

Dr. Antonio San José Laporte

Servei de Medicina Interna

Hospital Universitari Vall D'Hebrón. Barcelona

14:30-16:30 h DINAR DE TREBALL

**16:30-17:00 h ACTUALITZACIÓ
NOU ABORDATGE TERAPÈUTIC EN EL TRACTAMENT DE LA GOTA**

Ponent: Dr. Antonio Domingo Gómez Centeno

Servei de Reumatología

Consorci Hospitalari Parc Taulí. Sabadell, Barcelona

Patrocinat per Menarini

**17:00-18:00 h CONFERÈNCIA COL·LOQUI
TRONCALITAT I ÀREES DE CAPACITACIÓ**

Presentador: Dr. Antón Cartanyà Benet

Servei de Medicina Interna

PIUS Hospital. Valls, Tarragona

Ponent: Dr. Miquel Torres Salinas

Servei de Medicina Interna

Hospital de l'Esperit Sant. Santa Coloma de Gramanet, Barcelona

18:00-18:30 h CLAUSURA

Dr. Alfons López Soto

President de la SCBMI

Dr. Enric Pedrol Clotet

President Comitè Organitzador

COMUNICACIONS ORALS

Divendres, 27 de Maig

09:00-10:00 horas. Auditori Eutyches

Moderador: Dr. Domingo Bofill Montoro
Servei de Medicina Interna
Hospital de Tortosa Verge de la Cinta. Tortosa. Tarragona

A-01 TRACTAMENT ANTIBIÒTIC DOMICILIARI ENDOVENÓS ADMINISTRAT EN BOMBES ELASTOMÈRIQUES EN UNA UNITAT D'HOSPITALITZACIÓ A DOMICILI

A. Mujal Martínez, C. Araguás Flores, M. Machado Sicilia, J. Solà Aznar, M. Hernández Avila, J. Oristrell Salvà

Unitat HaD. Servei de Medicina Interna. UAB. Corporació Sanitària Parc Taulí. Sabadell (Barcelona)

A-04 AISLAMIENTOS DE ENTEROBACTERIAS BETALACTAMASAS DE ESPECTRO EXTENDIDO (BLEE) EN EL LABORATORIO DEL HOSPITAL DE PALAMÓS

A. Martín-Urda Díez-Canseco¹, M. Conde Galí¹, A. Masabeu Urrutia¹, R. Toda Savall¹, J. García Conesa¹, J. Sesma Valiña¹, M. Almendros Rivas¹, A. Oteiza Ubanell²

¹Servicio de Medicina Interna, ²Laboratorio. Servicio de Microbiología. Hospital de Palamós. Palamós (Girona)

A-10 EXPERIENCIA CON RALTEGRAVIR EN UN HOSPITAL GENERAL MEDIANO

A. Delegido Sánchez-Migallón, M. Tasia Pitarch, S. Ruiz Ruiz, O. Araujo Loperena, S. Hernández Toboso, R. Ramírez Montesinos, C. Creus Gras, E. Pedrol Clotet

Servicio de Medicina Interna. Hospital de Sant Pau i Santa Tecla. Tarragona

A-12 INFECCIÓN POR INFLUENZA H1N1: COMPARACIÓN DE LOS SÍNTOMAS DE LOS CASOS CONFIRMADOS Y DE LOS SOSPECHOSOS

R. Ramírez, V. Moreno, O. Araujo, M. Cheda, C. De Bonet, A. Delegido, C. Creus, E. Pedrol

Servicio de Medicina Interna. Hospital de Sant Pau i Santa Tecla. Tarragona

A-14 INFECCIÓN POR INFLUENZA H1N1: COMPARACIÓN DE LOS SIGNOS CLÍNICOS EN LOS CASOS CONFIRMADOS Y EN LOS SOSPECHOSOS

R. Ramírez, V. Moreno, O. Araujo, C. De Bonet, F. Cheda, S. Hernández, A. Díaz, E. Pedrol

Servicio de Medicina Interna. Hospital de Sant Pau i Santa Tecla. Tarragona

A-15 INFECCIÓN POR INFLUENZA H1N1: COMPARACIÓN DE LOS RESULTADOS DE LAS PRUEBAS COMPLEMENTARIAS EN LOS CASOS CONFIRMADOS Y EN LOS SOSPECHOSOS

R. Ramírez, V. Moreno, O. Araujo, F. Cheda, C. De Bonet, L. Noblia, M. Córdoba, E. Pedrol

Servicio de Medicina Interna. Hospital de Sant Pau i Santa Tecla. Tarragona

RV-01 PROPOSTA DE PARTICIPACIÓ DE LES UNITATS DE RISC VASCULAR EN L'ATENCIÓ INTEGRAL AL MALALT CORONARI EN UN HOSPITAL COMARCAL

A. Zamora Cervantes¹, G. Vázquez Olivá², M. Crespo¹, M. Vilaseca², R. Massa¹, G. Paluzie³
¹Servicio de Medicina Interna, ²Unitat de Cardiologia, ³Servei de Documentació. Hospital Comarcal de Blanes. Blanes (Girona)

V-04 VALORACION DE 360º: EVALUACIÓN DEL RESIDENTE EN LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE

R. Salas¹, N. Parra², E. Coloma², R. Coll³, C. Fornós¹, J. Delás¹, J. Villasenín¹, F. Fernández¹
¹Servicio de Medicina Interna, ²Docencia, ³Servicio de Urgencias. Hospital Universitari Sagrat Cor. Barcelona

Divendres, 27 de Maig

09:00-10:00 horas. Sala Minerva

Moderador: Dra. Rosa M^a Pérez Bernalte
Servei de Medicina Interna
Hospital del Vendrell. Tarragona

EA-02 MORTALIDAD EN LA UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA DEL HOSPITAL SOCIOSANITARI FRANCOLÍ

R. Qanneta¹, E. Sopena¹, M. Pérez², L. Borràs³, T. Flores⁴, A. Cebada¹, E. Moltó¹
¹Unitat de Medía Estancia, ²Unitat de Cuidados Paliatius, ³Psicología, ⁴Trabajadora Social. Hospital Sociosanitari Francolí. Tarragona

EA-03 DETECCIÓN SISTEMÁTICA DE PRESCRIPCIONES INAPROPIADAS SEGÚN CRITERIOS STOPP/START

A. Gómez-Lobón¹, L. Periañez Parraga¹, N. Galán Ramos¹, I. Martínez López¹, J. Forteza-Rey Borralleras²
¹Servicio de Farmacia, ²Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitari Son Espases. Palma de Mallorca (Illes Balears)

EA-06 GESTIÓN DE LA MEDICACIÓN CRÓNICA EN LOS PACIENTES ANCIANOS DEL ÁMBITO RURAL

E. Martín Mojarro¹, O. Araujo Loperena¹, M. Favà Aleixendri², N. Ferré Filella², E. Caldentey Ysern², M. Rius Añmazán²
¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Atención Primaria. Hospital de Sant Pau i Santa Tecla. Tarragona

EA-07 SER DONA ÉS UN FACTOR ASSOCIAT A PATIR DEPENDÈNCIA FUNCIONAL A L'EDAT AVANÇADA?

G. De Febrer Martínez¹, R. Sola Alberich², V. Arija Val²

¹Àrea sociosanitària, ²Servei de Medicina Interna. Hospital Universitari Sant Joan de Reus. Reus (Tarragona)

G-01 E-INTERCONSULTA: UN MODEL DE COORDINACIÓ EFICIENT ENTRE NIVELLS ASSISTENCIALS

P. Comas Casanova¹, A. Mínguez Sanz¹, D. Arnau Fernández¹, I. Romeo Castillejo¹,

G. Mereish Tatros¹, V. Estrada Pujol², M. García Serrano², G. Oliva Figueras¹

¹Servei de Medicina Interna. Hospital d'Igualada (Barcelona)

²Servei d'Atenció Primària de l'Anoia. Igualada (Barcelona)

V-09 PERFIL DE PRESCRIPCIÓ FARMACOLÒGICA A PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÒNICAS NO NEOPLÀSICAS EN ESTADÍO AVANZADO DE 41 HOSPITALES ESPAÑOLES

F. Masanés¹, A. Urrutia², L. Feliu-Mazaria³, G. Tolchinski⁴, A. Martín-Pérez⁵, F. Formiga⁶,

A. López-Soto¹

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínic. Barcelona

²Servicio de Medicina Interna. Hospital Germans Trias i Pujol. Barcelona

³Servicio de Medicina Interna. Hospital General de Palma de Mallorca. Palma de Mallorca

⁴Servicio de Medicina Interna. Hospital Municipal. Badalona

⁵Servicio de Medicina Interna. Hospital Sant Joan Despí. Barcelona

⁶Servicio de Medicina Interna. Hospital de Bellvitge. Barcelona

PÒSTERS

Dijous, 26 de maig

19:15-20:15 horas. Auditori Eutyches

Moderador: Dra. Mónica Ribell Bachs
Servei de Medicina Interna
Hospital General de Granollers. Barcelona

A-02 VALIDACIÓN DE LA GUIA CLÍNICA DE LA NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD

P. Dambrava Rodríguez¹, E. Polverino², C. Esquinas², C. Cilloniz², M. Ortega³, M. Marcos⁴, J. Mensa⁵

¹Servicio de Neumología. Hospital del Vendrell. El Vendrell (Tarragona)

²Servicio de Neumología, ³Servicio de Urgencias, ⁴Servicio de Microbiología, ⁵Servicio de Enfermedades Infecciosas. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona. Barcelona

A-03 TUBERCULOSIS PULMONAR BACILÍFERA NOSOCOMIAL EN DIPLOMADO UNIVERSITARIO DE ENFERMERÍA. ESTUDIO DE CONTACTOS

A. Martín-Urda Díez-Canseco, R. Toda Savall, A. Masabeu Urrutia, M. Márquez Olivilla
Servicio de Medicina interna. Hospital de Palamós. Palamós (Girona)

A-05 ABCÉS PÈLVIC RECIDIVANT PER SARM COM A FORMA ATÍPICA DE PRESENTACIÓ CLÍNICA EN PACIENT PORTADORA DE COLOSTOMIA

E. Sopena, A. Cortiella, R. Qanneta, J. Pi, N. Martí, R. Martínez, M. Guardia, E. Moltó
Unitat de Convalescència. Hospital Sociosanitari Francolí. Tarragona

A-06 ANÁLISIS DEL PERFIL MICROBIOLÓGICO Y TRATAMIENTO DE UNA COHORTE DE PACIENTES INGRESADOS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA POR INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO COMPLICADAS

L. Noblia Gigena¹, M. Xifré Rodríguez¹, M. Córdoba¹, P. Barragán Gallo¹, J. González Telade², E. Pedrol Clotet³
¹*Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Urgencia. Hospital del Vendrell. El Vendrell (Tarragona)*
³*Servicio de Medicina Interna. Hospital Sant Pau i Santa Tecla. Tarragona*

A-07 ANÁLISIS DE UNA COHORTE DE PACIENTES INGRESADOS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA POR INFECCIONES COMPLICADAS DEL TRACTO URINARIO

L. Noblia Gigena¹, M. Córdoba¹, M. Xifré Rodríguez¹, P. Barragán Gallo¹, J. González Telade², E. Pedrol Clotet³
¹*Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Urgencia. Hospital del Vendrell. El Vendrell (Tarragona)*
³*Servicio de Medicina Interna. Hospital Sant Pau i Santa Tecla. Tarragona*

A-08 EXPERIENCIA CON DARUNAVIR/RITONAVIR QD EN PACIENTES PRETRATADOS

S. Ruiz¹, E. Deig², A. Delegido¹, P. García², M. Tasia¹, R. Ramírez¹, C. Creus¹, E. Pedrol¹
¹*Servicio de Medicina Interna. Hospital de Sant Pau i Santa Tecla. Tarragona*
²*Servicio de Medicina Interna. Hospital General de Granollers. Granollers (Barcelona)*

A-09 USO DE MARAVIROC EN EL TRATAMIENTO DE LEISHMANIASIS RECIDIVANTE

S. Ruiz, M. Tasia, A. Delegido, O. Araújo, S. Hernández, A. Díaz, N. Vercesi, E. Pedrol
Servicio de Medicina Interna. Hospital de Sant Pau i Santa Tecla. Tarragona

A-11 UTILITZACIÓ DELS ANTIGENS MICROBIANS EN L'ORINA EN LA PRÀCTICA CLÍNICA

E. Pérez Macho¹, O. Torres¹, C. Cáceres¹, E. Gil¹, M. Mateo¹, F. Sánchez², D. Ruiz¹, J. Casademont¹
¹*Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Microbiología Clínica. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona*

A-13 INFECCIÓN POR INFLUENZA H1N1: COMPARACIÓN DE LA COMORBILIDAD EN LOS CASOS CONFIRMADOS Y EN LOS SOSPECHOSOS

V. Moreno, R. Ramírez, O. Araujo, C. De Bonet, F. Cheda, S. Ruiz, M. Tasias, E. Pedrol
Servicio de Medicina Interna. Hospital de Sant Pau i Santa Tecla. Tarragona

A-16 INFECCIÓN POR INFLUENZA H1N1: DIAGNÓSTICO FINAL Y EVOLUCIÓN DE LOS CASOS CONFIRMADOS Y DE LOS SOSPECHOSOS

V. Moreno, R. Ramírez, O. Araujo, F. Cheda, C. De Bonet, L. Noblia, N. Verseci, E. Pedrol
Servicio de Medicina Interna. Hospital de Sant Pau i Santa Tecla. Tarragona

Dijous, 26 de maig

19:15-20:15 horas. Sala Minerva

Moderador: Dra. Belén Xifré Rodríguez
Servei Medicina Interna
Hospital del Vendrell. Tarragona

EA-01 PERFIL CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICO DE LOS PACIENTES SUBAGUDOS DEL HOSPITAL SOCIOSANITARI FRANCOLÍ

R. Qanneta¹, N. Martí¹, J. Pi¹, R. Martínez¹, O. Díaz¹, G. Claret², E. Moltó¹
¹Unidad de Medía Estancia, ²Trabajadora Social. *Hospital Sociosanitari Francolí. Tarragona*

EA-04 TOLVAPTÁN EN EL SÍNDROME DE SECRECIÓN INADECUADA DE HORMONA ANTIURIÉTICA SECUNDARIO AL TRATAMIENTO CON CITALOPRAM

I. Pinal Fernández, A. Segura García
Servicio de Medicina Interna. Hospitals Vall d'Hebron. Barcelona

EA-05 POLIFARMÀCIA EN UNA UNITAT DE CONVALESCÈNCIA

J. Pi i Sánchez¹, M. Guàrdia Faci¹, L. Veciana Balsebre², R. Qanneta¹, E. Moltó Llarena¹,
M. Del Río Cueva¹
¹Metge, ²Farmacèutica. *Hospital Sociosanitari Francolí. Tarragona*

EA-08 PREVALENCIA DE LES SÍNDROMES GERIÀTRIQUES EN LA POBLACIÓ D'EDAT AVANÇADA

G. De Febrer Martínez¹, R. Solà Alberich², A. Cortiella Masdeu³, V. Arija Val²
¹Àrea Sociosanitària, ²Servei de Medicina Interna. *Hospital Universitari Sant Joan de Reus. Reus (Tarragona)*
³Servei de Medicina Interna. *Hospital Sociosanitari Francolí. Tarragona*

G-02 CONSTANTES VITALES. UNA OPORTUNIDAD PARA MEJORAR LA CALIDAD Y SEGURIDAD EN PACIENTES AMBULATORIOS DERIVADOS URGENCIAS DE MEDICINA INTERNA

A. Marquès Vilallonga, S. Aranda Rodríguez, E. Trallero Araguás, M. Durán Taberna, M. Biosca Gómez de Tejada, E. Domingo Baladrich, S. Romero Benito, C. Casellas Montagut
Servicio de Medicina Interna. Urgencias. Hospital Vall d'Hebron. Barcelona

IF-01 ESPECTRO CLÍNICO Y FENÓMENOS COMÓRBIDOS ASOCIADOS EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON SÍNDROME DE FATIGA CRÓNICA

R. Qanneta, M. Poveda, S. Castro, A. Castel, J. Aguilar, E. García, R. Fontova
Unidad Funcional de Fatiga Crónica. Hospital Universitari de Tarragona Joan XXIII. Tarragona

IF-02 IMPORTÀNCIA DELS PRODUCTES HERVARIS COM AGENTS CAUSALS D' HEPATITIS AGUDA: UN PRODUCTE NATURAL NO INOFENSIU

J. Ruiz Izquierdo, G. De la Red Bellvis, B. Batalla Insenser, L. Macías Cardona, Y. Loza Medrano, I. González Prieto, C. Molinos Carrasco, M. Torres Salinas
Servicio de Medicina Interna. Fundació Hospital de l'Esperit Sant. Barcelona

V-01 PARALISIS OCULOMOTORA DE ORÍGEN TUMORAL COMO FORMA INUSUAL DE PRESENTACIÓN CLÍNICA A PROPÓSITO DE TRES CASOS

R. Qanneta¹, N. Martí¹, A. Cortiella¹, M. Guardia², E. Moltó¹
¹Unidad de Medía Estancia, ²Unidad de Cuidados Paliativos. Hospital Sociosanitari Francolí. Tarragona

V-02 FRACTURAS COSTALES Y TOS, UNA ASOCIACIÓN CASI OLVIDADA

R. Donea¹, M. Mauri Pont¹, M. Somoza González², G. Martínez Alpín¹, M. Prats Julià¹, A. Colume Argemí¹
¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Neumología. Hospital de Terrassa. Terrassa (Barcelona)

V-03 IMPACTO DE LAS HOJAS DE INTERCONSULTA A MEDICINA INTERNA, EN 2010, EN UN HOSPITAL COMARCAL: ¿HACEMOS LO CORRECTO?

E. Castellar Otín¹, J. Santaliestra Grau², G. De los Santos Martínez², C. Piqueras Serrano³
¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Medicina FyC. Hospital de Barbastro. Barbastro (Huesca)
³Servicio de Medicina Interna. Hospital de Alcañiz. Alcañiz (Teruel)

V-05 MANEJO DE LA PANCREATITIS AGUDA EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA, DURANTE 2010, EN UN HOSPITAL COMARCAL: SERIE DE 23 CASOS

E. Castellar Otín¹, J. Santaliestra Grau², C. Piqueras Serrano³
¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Medicina FyC. Hospital de Barbastro. Barbastro (Huesca)
³Servicio de Medicina Interna. Hospital de Alcañiz. Alcañiz (Teruel)

V-06 CURSO CLÍNICO Y EVOLUCIÓN DE LA FIEBRE EN PACIENTES CON FIEBRE DE ORIGEN DESCONOCIDO DE ETIOLOGÍA NO FILIADA

C. Arauco Mejia, F. Fernandez Monras, R. Salas Campos

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitari Sagrat Cor. Barcelona

V-07 EFICIÈNCIA EN EL PROCÉS D'IMPLANTACIÓ DE MARCAPASSOS PERMANENTS A UN SERVEI DE MEDICINA INTERNA D'UN HOSPITAL COMARCAL

R. Pérez Bernalte¹, J. Yepes², J. Díaz³, V. García³, M. Arenas⁴, A. Ordóñez¹, A. Lacal¹, E. Pedrol¹

¹*Servei de Medicina Interna, ²Infermer Gestor de Cuidatges, ³Infermeres assistencials. Hospital del Vendrell. Tarragona*

⁴*Direcció mèdica. Xarxa Sanitària i Social de Santa Tecla. Tarragona*

V-08 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y FUNCIONALES DE UNA MUESTRA MULTICÉNTRICA DE PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS NO NEOPLÁSICAS EN ESTADÍO AVANZADO

F. Masanés¹, A. Urrutia², L. Feliu-Mazaria³, G. Tolchinski⁴, A. Martín-Pérez⁵, F. Formiga⁶, A. López-Soto¹

¹*Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínic. Barcelona*

²*Servicio de Medicina Interna. Hospital Germans Trias i Pujol. Barcelona*

³*Servicio de Medicina Interna. Hospital General de Palma de Mallorca.*

⁴*Servicio de Medicina Interna. Hospital Municipal. Badalona*

⁵*Servicio de Medicina Interna. Hospital Sant Joan Despí. Barcelona*

⁶*Servicio de Medicina Interna. Hospital de Bellvitge. Barcelona*

26-27 de Maig 2011 - Palau de Congressos

Tarragona

**Libre
de
Comunicacions i
Pòsters**

COMUNICACIONS ORALS

Malalties Infeccioses (A)

A-01	TRACTAMENT ANTIBIÒTIC DOMICILIARI ENDOVENÓS ADMINISTRAT EN BOMBES ELASTOMÈRIQUES EN UNA UNITAT D'HOSPITALITZACIÓ A DOMICILI	24
A-04	AISLAMIENTOS DE ENTEROBACTERIAS BETALACTAMASAS DE ESPECTRO EXTENDIDO (BLEE) EN EL LABORATORIO DEL HOSPITAL DE PALAMÓS	25
A-10	EXPERIENCIA CON RALTEGRAVIR EN UN HOSPITAL GENERAL MEDIANO	26
A-12	INFECCIÓN POR INFLUENZA H1N1: COMPARACIÓN DE LOS SÍNTOMAS DE LOS CASOS CONFIRMADOS Y DE LOS SOSPECHOSOS	27
A-14	INFECCIÓN POR INFLUENZA H1N1: COMPARACIÓN DE LOS SIGNOS CLÍNICOS EN LOS CASOS CONFIRMADOS Y EN LOS SOSPECHOSOS	28
A-15	INFECCIÓN POR INFLUENZA H1N1: COMPARACIÓN DE LOS RESULTADOS DE LAS PRUEBAS COMPLEMENTARIAS EN LOS CASOS CONFIRMADOS Y EN LOS SOSPECHOSOS	29

Pacient Pluripatològic/ Edat Avançada (EA)

EA-02	MORTALIDAD EN LA UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA DEL HOSPITAL SOCIO SANITARI FRANCOLÍ	30
EA-03	DETECCIÓN SISTEMÁTICA DE PRESCRIPCIONES INAPROPIADAS SEGÚN CRITERIOS STOPP/START	31
EA-06	GESTIÓN DE LA MEDICACIÓN CRÓNICA EN LOS PACIENTES ANCIANOS DEL ÁMBITO RURAL	32
EA-07	SER DONA ÉS UN FACTOR ASSOCIAT A PATIR DEPENDÈNCIA FUNCIONAL A L'EDAT AVANÇADA?	33

Gestió Clínica (G)

G-01	E-INTERCONSULTA: UN MODEL DE COORDINACIÓ EFICIENT ENTRE NIVELLS ASSISTENCIALS	34
-------------	---	-----------

Risc Vascular (RV)

RV-01	PROPOSTA DE PARTICIPACIÓ DE LES UNITATS DE RISC VASCULAR EN L'ATENCIÓ INTEGRAL AL MALALT CORONARI EN UN HOSPITAL COMARCAL	36
--------------	---	-----------

Varis (V)

V-04	VALORACION DE 360º: EVALUACIÓN DEL RESIDENTE EN LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE	37
V-09	PERFIL DE PRESCRIPCIÓN FARMACOLÓGICA A PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS NO NEOPLÁSICAS EN ESTADÍO AVANZADO DE 41 HOSPITALES ESPAÑOLES	39

PÒSTERS

Malalties Infeccioses (A)

A-02	VALIDACIÓN DE LA GUIA CLÍNICA DE LA NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD	40
A-03	TUBERCULOSIS PULMONAR BACILÍFERA NOSOCOMIAL EN DIPLOMADO UNIVERSITARIO DE ENFERMERÍA. ESTUDIO DE CONTACTOS	41
A-05	ABSCÉS PÈLVIC RECIDIVANT PER SARM COM A FORMA ATÍPICA DE PRESENTACIÓ CLÍNICA EN PACIENT PORTADORA DE COLOSTOMIA	42
A-06	ANÁLISIS DEL PERFIL MICROBIOLÓGICO Y TRATAMIENTO DE UNA COHORTE DE PACIENTES INGRESADOS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA POR INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO COMPLICADAS	43
A-07	ANÁLISIS DE UNA COHORTE DE PACIENTES INGRESADOS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA POR INFECCIONES COMPLICADAS DEL TRACTO URINARIO	44
A-08	EXPERIENCIA CON DARUNAVIR/RITONAVIR QD EN PACIENTES PRETRATADOS	45
A-09	USO DE MARAVIROC EN EL TRATAMIENTO DE LEISHMANIASIS RECIDIVANTE	46
A-11	UTILITZACIÓ DELS ANTIGENS MICROBIANS EN L'ORINA EN LA PRÀCTICA CLÍNICA	47
A-13	INFECCIÓN POR INFLUENZA H1N1: COMPARACIÓN DE LA COMORBILIDAD EN LOS CASOS CONFIRMADOS Y EN LOS SOSPECHOSOS	48
A-16	INFECCIÓN POR INFLUENZA H1N1: DIAGNÓSTICO FINAL Y EVOLUCIÓN DE LOS CASOS CONFIRMADOS Y DE LOS SOSPECHOSOS	49

Pacient Pluripatològic/ Edat Avançada (EA)

EA-01	PERFIL CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICO DE LOS PACIENTES SUBAGUDOS DEL HOSPITAL SOCIOSANITARI FRANCOLÍ	50
EA-04	TOLVAPTÁN EN EL SÍNDROME DE SECRECIÓN INADECUADA DE HORMONA ANTIDIURÉTICA SECUNDARIO AL TRATAMIENTO CON CITALOPRAM	51
EA-05	POLIFARMÀCIA EN UNA UNITAT DE CONVALESCÈNCIA	52
EA-08	PREVALENCIA DE LES SÍNDROMES GERIÀTRIQÜES EN LA POBLACIÓ D'EDAT AVANÇADA	53

Gestió Clínica (G)

G-02	CONSTANTES VITALES. UNA OPORTUNIDAD PARA MEJORAR LA CALIDAD Y SEGURIDAD EN PACIENTES AMBULATORIOS DERIVADOS URGENCIAS DE MEDICINA INTERNA	54
-------------	---	-----------

Inflamació/ Malalties Autoimmunitàries (IF)

IF-01	ESPECTRO CLÍNICO Y FENÓMENOS COMÓRBIDOS ASOCIADOS EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON SÍNDROME DE FATIGA CRÓNICA	55
IF-02	IMPORTÀNCIA DELS PRODUCTES HERVARIS COM AGENTS CAUSALS D' HEPATITIS AGUDA: UN PRODUCTE NATURAL NO INOFENSU	57

Varis (V)

V-01	PARALISIS OCULOMOTORA DE ORÍGEN TUMORAL COMO FORMA INUSUAL DE PRESENTACIÓN CLÍNICA A PROPÓSITO DE TRES CASOS	58
V-02	FRACTURAS COSTALES Y TOS, UNA ASOCIACIÓN CASI OLVIDADA	59
V-03	IMPACTO DE LAS HOJAS DE INTERCONSULTA A MEDICINA INTERNA, EN 2010, EN UN HOSPITAL COMARCAL: ¿HACEMOS LO CORRECTO?	60
V-05	MANEJO DE LA PANCREATITIS AGUDA EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA, DURANTE 2010, EN UN HOSPITAL COMARCAL: SERIE DE 23 CASOS	61
V-06	CURSO CLÍNICO Y EVOLUCIÓN DE LA FIEBRE EN PACIENTES CON FIEBRE DE ORIGEN DESCONOCIDO DE ETIOLOGÍA NO FILIADA	63

V-07	EFICIÈNCIA EN EL PROCÉS D'IMPLANTACIÓ DE MARCAPASSOS PERMANENTS A UN SERVEI DE MEDICINA INTERNA D'UN HOSPITAL COMARCAL	64
V-08	CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y FUNCIONALES DE UNA MUESTRA MULTICÉNTRICA DE PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS NO NEOPLÁSICAS EN ESTADÍO AVANZADO	65

COMUNICACIONS ORALS

Malalties Infeccioses (A)

A-01 TRACTAMENT ANTIBIÒTIC DOMICILIARI ENDOVENÓS ADMINISTRAT EN BOMBES ELASTOMÈRIQUES EN UNA UNITAT D'HOSPITALITZACIÓ A DOMICILI

A. Mujal Martínez, C. Araguás Flores, M. Machado Sicilia, J. Solà Aznar, M. Hernández Avila, J. Oristrell Salvà

Unitat HaD. Servei de Medicina Interna. UAB. Corporació Sanitària Parc Taulí. Sabadell (Barcelona)

OBJECTIUS

Analitzar l'efectivitat i seguretat del tractament antibiòtic domiciliari endovenós (TADE) administrat exclusivament en bombes elastomèriques.

MATERIAL I MÈTODES

Estudi descriptiu longitudinal d'una sèrie de casos recollits de forma prospectiva des del 2008 fins al 2010 de pacients ingressats a la Unitat d'Hospitalització a domicili (HaD) per rebre TADE.

RESULTATS

Es van tractar 312 pacients, 254 homes (66%), generant 383 casos. L'edat mitja fou de 63 anys (3-95). L'índex de Barthel fou de 85. Els dispositius de procedència van ser: Hospitalització (58%), Hospitals de dia (20%), Urgències (17%). Els serveis de procedència foren Pneumologia (83%), Urgències (18%), Medicina Interna (13%). Les infeccions més freqüents: respiratòries (41%), Intra-abdominals (14%), Urinàries (12%), Osteo-articulars (11%). El TADE s'administrà mitjançant bombes elastomèriques en 380 casos i en 3 per gravetat, sent autoadministrat per cuidador/pacient en el 99% de casos. S'utilitzaren 24 tipus d'antibiòtics sent els més utilitzats: ceftriaxona (18%), Cefepime (17%), Ertapenem (16%), Meropenem (14%). Les dosis totals d'antibiòtics foren de 14.491 (mitja: 38/pacient). S'administrà un sol antibiòtic en el 79% dels casos i més d'un en el 21% (15% van ser teràpia antibiòtica d'associació de dos o tres antibiòtics concomitants i el 6% teràpia antibiòtica seqüencial). Els tipus d'accés venosos foren: catèter perifèric (abbocath) (44%), catèters centrals de inserció perifèrica (PICC) (50%), Port-a-cath (6%). S'observà un 27% de complicacions de l'accés venós: Flebitis (38), Obstruccions de via (38), Extravasacions (27), Retirades accidentals (10), Bacterièmia (1). El 81% de les complicacions es solucionaren a domicili, el 17% van requerir derivació a radiologia intervencionista. Els catèters perifèrics foren els que més complicacions presentaren: 20% de flebitis, 12% obstruccions, 14% extravasacions, 5% de les retirades accidentals. Es va mantenir el mateix tipus d'accés venós inicial en el 95% de casos. El destí a l'alta fou: domicili (92%), èxitus en un cas i varen reingressar a l'hospital (8%), la majoria per empitjorament de la seva patologia de base. L'estança mitja fou de 23 dies (2-171) i el promig de dies de TADE 20.8. Els dies d'estança hospitalària estalviats van ser aproximadament de 7760. Es va fer seguiment a l'alta amb un percentatge de re-ingressos al mes del 5% (la majoria per infecció nosocomial) i del 7% als tres mesos (la majoria per empitjorament de la seva patologia de base). Es va aïllar gèrmens en el 67% dels casos sent el més freqüent la *P.aeruginosa* en el 32%, *BLEA* en el 10% i el *S.epidermidis* en el 8%. El cultiu d'esput més rentable fou el d'esput (24%) i els hemocultius (12%).

DISCUSSIÓ

Els resultats d'aquest treball són similars a d'altres publicats anteriorment però és el primer fet exclusivament amb bombes elastomèriques. Aquest sistema i l'autoadministració permeten assumir tractaments antibiòtics complexos amb un elevat nombre de dosis/dia o inclús l'associació de dos/tres antibiòtics de forma concomitant i així espaiar les visites de l'equip mèdic. Tot això fa que es puguin assumir un nombre més alt de pacients millorant l'eficiència de una HaD amb una àrea de superfície extensa (236 km²). Les infeccions més freqüents tractades són les respiratòries i el gèrmem més aïllat es un BGN (*P.aeruginosa*), mentre que als EEUU les infeccions més tracades són les de pell i teixits tous sent els gèrmens més freqüents els grampositius (*S.aureus*).

CONCLUSIONS

El TADE en autoadministració amb bombes elastomèriques és un sistema segur i eficaç. La col·laboració del cuidador/pacient no repercuteix en un major nombre de complicacions. El percentatge de les complicacions de les vies d'accés venós és molt baix i la majoria es resolen a domicili. Cal l'existència d'un registre nacional de TADE per avaluar els tipus de infeccions i tractaments que es realitzen a les unitats d'HaD del país.

A-04 AISLAMIENTOS DE ENTEROBACTERIAS BETALACTAMASAS DE ESPECTRO EXTENDIDO (BLEE) EN EL LABORATORIO DEL HOSPITAL DE PALAMÓS

A. Martín-Urda Díez-Canseco¹, M. Conde Galí¹, A. Masabeu Urrutia¹, R. Toda Savall¹, J. García Conesa¹, J. Sesma Valiña¹, M. Almendros Rivas¹, A. Oteiza Ubanell²
¹Servicio de Medicina Interna, ²Laboratorio. Servicio de Microbiología. Hospital de Palamós. Palamós (Girona)

OBJECTIUS

En la última década se registra un aumento progresivo de enterobacterias Gram negativas productores de BLEE. Dichas enzimas confieren resistencia a penicilinas y cefalosporinas, pueden causar infecciones muy graves y mortales. Existen factores de riesgo asociados para desarrollar infecciones por BLEE; situaciones de inmunodepresión, neoplasias, alteraciones de la vía urinaria, ITU de repetición, uso de antibiòtics en los 2 meses previos, hospitalización previa y Diabetes Mellitus. Ante la sospecha de dichas infecciones lo importante es su detección precoz y tratamiento específico lo antes posible.

MATERIAL I MÈTODES

Estudio descriptivo observacional, desde el 15-11-2008 hasta 05-05-2010. Los aislamientos BLEE se realizan con la técnica de doble disco de difusión sobre Müller-Hinton y microdilución en caldo (Microscan). Las muestras proceden de las áreas básicas, consultas externas, urgencias, diferentes áreas de hospitalización de agudos y del sociosanitario.

RESULTATS

En el periodo de estudio se aislaron 183 cepas en 145 pacientes, algunas de ellas recidivas. La distribución por sexo: 37% mujeres y 63% hombres. La edad media fue de 70,69 rango (10-96). En cuanto a la procedencia de las muestras: 119 de los 4 Centros de atención primaria, 37 de pacientes hospitalizados y 27 eran procedentes del sociosanitario. Los tipos de muestras

de los aislamientos eran 81,3% de orina, el 13,2% muestras de frotis de exudado, en el 5,5% muestras de esputo y solo un 2,2% de hemocultivos. Los resultados microbiológicos de las enterobacterias BLEE fueron 90,2% *Escherichia coli*, el 6,6% de *Klebsiella pneumoniae* y en menor porcentajes *Klebsiella ozaenae*, *Citrobacter amelonaticus*, *Enterobacter cloacae* y *Serratia marcescens*. Las comorbilidades recogidas asociadas fueron inmunodepresión y/o neoplasia en el 35,2% y alteración de la vía urinaria (sondaje vesical, urostomía, doble J, etc.) en el 26,2%. La curación durante el periodo de estudio se dio en el 78% y exitus en el 22%. La sensibilidad antimicrobiana fue la siguiente a carbapenems del 99,4% a amikacina 95,8%, a fosfomicina 95,3%, a rifampicina 31,8% y a cotrimoxazol 26,2%. Se evalúan los tratamientos recibidos: 29% tratados con fosfomicina, 10% con imipenem, 31% con otros tratamientos no sensibles por antibiograma y el 30% no se trataron.

DISCUSSIO

En el periodo de estudio aproximadamente 18 meses en el laboratorio se aislaron 3558 muestras de *Escherichia coli*, siendo de éstas 165 *E. coli* BLEE únicamente, lo que representa un 4,63% al igual que las cifras registradas por la EARSS (European Antimicrobial Resistance Surveillance System) para nuestro país. La mayoría de las cepas representan infección comunitaria. Dado que la mortalidad es elevada se recomienda tratamiento empírico precoz de amplio espectro en los pacientes con factores de riesgo para desarrollar infección grave por BLEE.

CONCLUSIONS

La mayoría de las cepas aisladas BLEE son *E. Coli* de muestras de orina y procedencia ambulatoria. La mortalidad es significativa y no relacionable con el tratamiento aplicado. En nuestra serie no se detectó ningún brote intrahospitalario. Se debe extremar la vigilancia de la infección nosocomial transmisible. La fosfomicina es un buen tratamiento en las infecciones por BLEE en personas no hospitalizadas y con infecciones no graves.

A-10 EXPERIENCIA CON RALTEGRAVIR EN UN HOSPITAL GENERAL MEDIANO

A. Delegido Sánchez-Migallón, M. Tasia Pitarch, S. Ruiz Ruiz, O. Araujo Loperena, S. Hernández Toboso, R. Ramírez Montesinos, C. Creus Gras, E. Pedrol Clotet
Servicio de Medicina Interna. Hospital de Sant Pau i Santa Tecla. Tarragona

OBJECTIUS

Raltegravir (RAL) es el primer inhibidor de la integrasa aprobado tanto por FDA como por la EMEA. Su eficacia y la baja incidencia de efectos secundarios han sido confirmadas tanto en pacientes naïve como en pretratados. Incluso en circunstancias desfavorables, como puede ser en pacientes con hepatopatía por VHC o en postransplantados, tratamiento con Interferon pegilado + Ribavirina ha demostrado su eficacia y excelente tolerancia. Como punto negativo destaca el elevado precio de este medicamento, elemento a tener muy en cuenta en las circunstancias actuales. Por ello se plantea como objetivos analizar los motivos de indicación de tratamiento con RAL, conocer el comportamiento virológico e inmunológico tras el inicio de dicho tratamiento y conocer las alteraciones de transaminasas que aparecen tras el inicio del tratamiento, tanto en pacientes coinfectados como en mono infectados.

MATERIAL I MÈTODES

Estudio descriptivo retrospectivo que incluye a todos pacientes con infección VIH que iniciaron tratamiento con RAL desde julio de 2008 hasta marzo de 2011 y que continúan bajo este tratamiento. Se ha realizado la revisión de las historias clínicas y se recogen datos sobre el motivo de indicación, determinaciones de CD4+ y carga viral (CV) en el momento basal, a los 6 y a los 12 meses. Se recogen las cifras de bilirrubina total, GOT, GPT y GGT a los 3, 6 y 12 meses, tras el inicio de tratamiento. Análisis estadístico con el paquete SPSS v16 para MAC. Se consideran significativos valores de $p < 0,05$.

RESULTATS

Se incluyen 30 pacientes, 22 hombres. En cuanto a la indicación del tratamiento, el 46,6% fue por fracaso virológico y guiado por genotipo, el 50% por presencia de toxicidad (40 % renal, 33,3% gastrointestinal, 26,6% elevación de transaminasas, 6,6 % dislipemia). No se ha iniciado tratamiento en ningún paciente naïve. En todos los casos se demuestra disminución de las CV tras el inicio del tratamiento, y éste fue eficaz tanto en el mantenimiento de la indetectabilidad en aquellos pacientes que ya lo eran como en aquellos casos en que se inició por fracaso virológico; a los 12 meses, tan solo 3 pacientes presentaban cargas virales detectables (paciente 3: 113 cp/ml, paciente 14: 40 cp/ml y paciente 27: 187 cp/ml). Así mismo en ambos grupos se demuestra una clara tendencia al alza de los CD4+ ($p < 0,05$). Tanto en pacientes coinfectados como en mono infectados se demuestra que las transaminasas permanecen estables a lo largo de todo el periodo estudiado ($p < 0,05$).

CONCLUSIONS

Los motivos de inicio de tratamiento con RAL son fracaso virológico guiado por genotipo y la presencia de toxicidades a otros antirretrovirales. No se ha iniciado en ningún paciente naïve. Ha demostrado ser un fármaco eficaz para conseguir y/o mantener la supresión virológica. También se consigue mejoría de las cifras de CD4+. No se constata deterioro de las pruebas hepáticas en pacientes mono infectados ni en pacientes coinfectados.

A-12 INFECCIÓN POR INFLUENZA H1N1: COMPARACIÓN DE LOS SÍNTOMAS DE LOS CASOS CONFIRMADOS Y DE LOS SOSPECHOSOS

R. Ramírez, V. Moreno, O. Araujo, M. Cheda, C. De Bonet, A. Delegido, C. Creus, E. Pedrol
Servicio de Medicina Interna. Hospital de Sant Pau i Santa Tecla. Tarragona

OBJECTIUS

Estudiar las características clínicas de los pacientes ingresados en un Servicio de Medicina Interna por sospecha de infección por el virus influenza H1N1 durante la pandemia 2009-2010. Comparar las manifestaciones clínicas de aquellos en los que se confirmó la infección respecto a los que no.

MATERIAL I MÈTODES

Estudio prospectivo, descriptivo de todos los pacientes ingresados por sospecha de infección por el virus influenza H1N1 entre el 15 de Septiembre de 2009 y el 15 de Marzo de 2010. Se elaboró un cuaderno de recogida de datos para tal fin que recogía características epidemiológicas, clínicas, datos de laboratorio, de diagnóstico y tratamiento, completado por el médico responsable del paciente. Análisis estadístico mediante el paquete SPSS v16 para MAC.

RESULTATS

Se han analitzado 68 casos y se confirmó la infección en 31 (45,6%). La edad media (DE) de la muestra es de 52,09 años (18,99) y el 51,5% son hombres. Cuando se compara los casos confirmados con los no confirmados los primeros eran más jóvenes (45,89 vs 59,48 años), presentaron fiebre durante más de 48 h más a menudo (30,8 vs 18,5% p 0,024) y más tos (54,4 vs 41,2% p 0,05). No se detectan diferencias respecto a la sintomatología gastrointestinal (náuseas 29,7 vs 25,8%, vómitos 10,8 vs 16,1% y diarreas 8,1 vs 12,9%, p NS) ni respecto al resto de síntomas analizados (fiebre 48,5 vs 44,1%, escalofríos 22,1 vs 20,6%, tiritonas 16,2 vs 23,5%, cefalea 40,5 vs 48,4 %, artralgias 16,2 vs 25 %, mialgias 37,3 vs 29,9%, hemoptisis 2,7 vs 9,7%, odinofagia, 21,6 vs 19,4%, rinorrea 8,1 vs 9,7%, congestión nasal 13,2 vs 4,4%, o características de la tos, que fue seca 38,1% vs 24,5%, p NS).

CONCLUSIONS

1. La infección por influenza H1N1 fue más frecuente en individuos más jóvenes. 2. La sintomatología gastrointestinal inicialmente propuesta como marcador clínico diferencial respecto a la infección por el virus de la gripe estacional no distinguió a los casos confirmados de influenza H1N1 de los sospechosos. 3. La fiebre de más de 48 h de evolución junto con tos son los síntomas que diferencian esta infección del resto de casos sospechosos en nuestra serie.

A-14 INFECCIÓN POR INFLUENZA H1N1: COMPARACIÓN DE LOS SIGNOS CLÍNICOS EN LOS CASOS CONFIRMADOS Y EN LOS SOSPECHOSOS

R. Ramírez, V. Moreno, O. Araujo, C. De Bonet, F. Cheda, S. Hernández, A. Díaz, E. Pedrol
Servicio de Medicina Interna. Hospital de Sant Pau i Santa Tecla. Tarragona

OBJECTIUS

Estudiar los datos de la exploración física en los pacientes ingresados en un Servicio de Medicina Interna por sospecha de infección por el virus influenza H1N1 durante la pandemia 2009-2010. Comparar los hallazgos de aquellos en los que se confirmó la infección respecto a los que no.

MATERIAL I MÈTODES

Estudio prospectivo de casos y controles de todos los pacientes ingresados por sospecha de infección por el virus influenza H1N1 entre el 15 de Septiembre de 2009 y el 15 de Marzo de 2010. Se elaboró un cuaderno de recogida de datos para tal fin que recogía características epidemiológicas, clínicas, datos de laboratorio, de diagnóstico y tratamiento, completado por el médico responsable del paciente. Análisis estadístico mediante el paquete SPSS v16 para MAC. Se consideran diferencias significativas cuando se obtiene $p < 0,05$.

RESULTATS

Se han analizado 68 casos y se confirmó la infección en 31 (45,6%). La edad media (DE) de la muestra es de 52,09 años (18,99) y el 51,5% son hombres. En la tabla se recogen los datos obtenidos. H1N1 negativo (N 37) H1N1 positivo (N 31) p Media Media TAS (mmHg) 128,81 126,22 NS TAD (mm Hg) 75,19 71,89 NS Temperatura (°C) 37,31 37,84 0,06 Frecuencia cardíaca (lpm) 95,37 101,22 < 0,05 Frecuencia respiratoria (rpm) 22,06 22,23 < 0,05 Saturación basal de O₂ (%) 93,45 92,89 NS Peso (Kg) 68,02 81,22 0,004 Talla (cm) 162,91 165,64 < 0,05 IMC (Kg/cm²) 25,13 29,26 0,018 Nivel de consciencia (%) 0,280 Alerta 93,3 100 Somnolencia-estupor-coma 6,6 0 Auscultación pulmonar (%) 0,016 Normal 9,7 29,7 Patológica 90,3 70,3

CONCLUSIONS

En nuestra serie existe una tendencia a que los pacientes con infección por el virus influenza H1N1 se presenten con una temperatura axilar más elevada, y significativamente con mayor frecuencia cardíaca y respiratoria. El peso, la talla y el IMC nos pueden resultar más útiles para diferenciar una infección por H1N1, más que la disminución del nivel de conciencia. La auscultación pulmonar fue con mayor frecuencia normal en los casos de infección por H1N1 confirmada.

A-15 INFECCIÓN POR INFLUENZA H1N1: COMPARACIÓN DE LOS RESULTADOS DE LAS PRUEBAS COMPLEMENTARIAS EN LOS CASOS CONFIRMADOS Y EN LOS SOSPECHOSOS

R. Ramírez, V. Moreno, O. Araujo, F. Cheda, C. De Bonet, L. Noblia, M. Córdoba, E. Pedrol
Servicio de Medicina Interna. Hospital de Sant Pau i Santa Tecla. Tarragona

OBJECTIUS

Estudiar los datos de las pruebas complementarias en los pacientes ingresados en un Servicio de Medicina Interna por sospecha de infección por el virus influenza H1N1 durante la pandemia 2009-2010. Comparar los hallazgos de aquellos en los que se confirmó la infección respecto a los que no.

MATERIAL I MÈTODES

Estudio prospectivo de casos y controles de todos los pacientes ingresados en nuestro servicio por sospecha de infección por el virus influenza H1N1 entre el 15 de Septiembre de 2009 y el 15 de Marzo de 2010. Se elaboró un cuaderno de recogida de datos para tal fin que recogía características epidemiológicas, clínicas, datos de laboratorio, de diagnóstico y tratamiento, completado por el médico responsable del paciente. Análisis estadístico mediante el paquete SPSS v16 para MAC. Se consideran diferencias significativas cuando se obtiene $p < 0,05$.

RESULTATS

Se han analizado 68 casos y se confirmó la infección en 31 (45,6%). La edad media (DE) de la muestra es de 52,09 años (18,99) y el 51,5% son hombres. En la tabla se recogen los datos obtenidos. H1N1 positivo N 31 Media (DE) H1N1 negativo N 37 Media (DE) p Leucocitos (/mm³) 8973 (4808) 12004 (8062) 0,03 Neutrófilos (%) 71,85 (14,81) 79,12 (9,00) 0,02 Linfocitos (%) 17,05 (8,55) 11,98 (6,69) < 0,05 Hemoglobina (g/dL) 13,00 (1,71) 12,71 (1,87) 0,51 Urea (mg/L) 27,06 (7,99) 43,52 (28,33) < 0,05 Creatinina (mg/dL) 0,86 (0,18) 1,01 (0,70) 0,05 Albúmina (mg/dL) 3,53 (0,42) 3,46 (0,50) 0,61 LDH (U/L) 512,14 (226,86) 460,96 (226,09) 0,42 GOT (U/L) 37,10 (20,25) 33,50 (45,21) 0,69 GPT (U/L) 34,21 (25,69) 30,15 (48,46) 0,69 Proteína C reactiva (U/L) 79,86 (80,33) 149,38 (112,41) 0,03 pH 7,45 (0,07) 7,45 (0,03) 0,94 pO₂ (mmHg) 65,94 (10,36) 70,38 (16,67) 0,21 pCO₂ (mmHg) 35,98 (6,89) 35,62 (6,1) 0,84. El ECG y la radiografía de tórax fueron normales en un 54,1 y 29,7 % en el grupo de los casos y un 78 y 30% respectivamente en el grupo control (p NS).

CONCLUSIONS

La leucocitosis con neutrofilia y elevados niveles de proteína C reactiva pueden ayudar a sospechar un diagnóstico alternativo a la infección por influenza H1N1. El parámetro LDH no parece distinguir los casos de gripe A.

Pacient Pluripatològic/ Edat Avançada (EA)

EA-02 MORTALIDAD EN LA UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA DEL HOSPITAL SOCIO SANITARI FRANCOLÍ

R. Qanneta¹, E. Sopena¹, M. Pérez², L. Borràs³, T. Flores⁴, A. Cebada¹, E. Moltó¹

¹Unidad de Media Estancia, ²Unidad de Cuidados Paliativos, ³Psicología, ⁴Trabajadora Social. Hospital Sociosanitari Francolí. Tarragona

OBJECTIUS

El análisis de la tasa de mortalidad hospitalaria es un buen indicador del funcionamiento de un hospital para mejorar la calidad asistencial y la atención al paciente como objetivo primordial. Analizamos las condiciones patológicas coexistentes asociadas al proceso asistencial en una serie de fallecidos en la Unidad de Media Estancia.

MATERIAL I MÈTODES

Estudio retrospectivo de los pacientes fallecidos en la Unidad de Media Estancia entre Enero y Junio de 2010. Se han recogido datos epidemiológicos, clínicos y analíticos mediante revisión de historias clínicas. Se ha realizado el análisis estadístico descriptivo y comparativo mediante el test de Chi Cuadrado con el programa SPSSPC.

RESULTATS

El HSS Francolí dispone de 156 camas. Según los datos obtenidos del CMBD se han ingresado en la Unidad de Media Estancia, en el primer semestre de 2010, un total 382 pacientes; 56 Subagudos (SA) y 326 Convalecencia (CV). Se han registrado 20 defunciones (5.2%); de los cuales 3 SA y 17 CV. 11 han sido varones. La edad media es de 85.3 años (69-95) y la estancia media es de 31.2 días (1-103). 15 pacientes han procedido de unidades médicas (medicina interna 4, neumología 4, cardiología 3, urgencias 2, digestivo 1 y oncología 1), 4 pacientes han procedido de unidades quirúrgicas (traumatología 2 y neurocirugía 2) y 1 desde domicilio. Los motivos de ingreso han sido EPOC en 4 pacientes, neumonía 2, fracaso cardíaco 2, cardiopatía isquémica 2, úlceras 2, fracturas 2, taquiarritmia 1, encefalopatía hepática 1, ICTUS isquémico 1, desnutrición 1, mielopatía 1 y carcinoma de laringe 1. Respecto a las causas fundamentales de defunción: 23% han presentado disfagia, 19% broncoaspiración, 15% hemorragia digestiva, 12% edema agudo de pulmón, 12% delirium, 11% EPOC agudizada y 8% fracaso renal agudo. Se han considerado como factores agravantes asociados: polifarmacia > 10 fármacos en 14 pacientes (70%), inmovilización en 9 (45%) y comorbilidad alta (índice de Charlson > 3 puntos) en 7 (35%) que resulta del 100% (media índice 6.2 puntos) al ajustarlo con la edad. La media de albúmina al ingreso es de 3.4 g/dL (2.2-4.7) y la media de creatinina es de 1.2 mg/dL (0.6-3.3). La defunción fue previsible en 18 pacientes (90%) y la sedación fue necesaria en 7 pacientes (35%).

DISCUSSIÓ

La tasa de mortalidad en la Unidad de Media Estancia de nuestro centro es similar a la descrita en la literatura (S. Cinza Sanjurjo et al). El 50% de los motivos de ingreso es por patología cardiorrespiratoria; datos semejantes con la literatura revisada (Rafael Pila Pérez et al). La detección de un número apreciable de fallecimientos por una determinada enfermedad puede ser un punto de alarma hacia su análisis en busca de las causas desencadenantes y más allá

para prevenir de que se produzcan en otros pacientes. La causa fundamental más prevalente de defunción en la población estudiada ha sido la broncoaspiración (19%) secundaria a disfagia (23%). No obstante; la desnutrición y la alteración de la función renal, evaluadas por la albúmina y creatinina, no han sido predictores de mortalidad en nuestra muestra, contrario al resultado encontrado por Silva Thiago et al.

CONCLUSIONS

1.- Las características clínico epidemiológicas de la mortalidad en la Unidad de Media Estancia del HSS Francolí es similar a la descrita en la literatura. 2.- El análisis de la mortalidad es una esencial herramienta para la detección de posibles causas evitables de muerte así como para la prevención secundaria de que se produzcan potencialmente en otros pacientes. 3.- Es imprescindible el despistaje de los pacientes con alto riesgo de desarrollar disfagia y broncoaspiración: edad avanzada, pluripatología, polifarmacia, posquirúrgicos de cuello y trastornos neurológicos.

EA-03 DETECCIÓN SISTEMÁTICA DE PRESCRIPCIONES INAPROPIADAS SEGÚN CRITERIOS STOPP/START

A. Gómez-Lobón¹, L. Perriáñez Parraga¹, N. Galán Ramos¹, I. Martínez López¹,
J. Forteza-Rey Borralleras²

¹Servicio de Farmacia, ²Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitari Son Espases. Palma de Mallorca (Illes Balears)

OBJECTIUS

Desarrollar una herramienta que permita detectar de forma sistemática las prescripciones inapropiadas (PI) en pacientes > 65 años ingresados a cargo del Servicio de Medicina Interna (MIRH) según la aplicación de los criterios STOPP/START (Screening Tool of Older Person's Prescriptions and Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment) del grupo cardiovascular.

MATERIAL I MÈTODES

Estudio retrospectivo realizado del 1 de julio al 30 de septiembre de 2010 en el hospital de referencia de la Comunidad Autónoma. Se incluyeron los pacientes >65 años ingresados a cargo de MIRH, con algún medicamento domiciliario crónico prescrito al ingreso o al alta perteneciente al grupo de fármacos incluidos en los criterios STOPP cardiovasculares (STOPP-CAR). Se excluyeron los pacientes que fueron exitus o trasladados a otros servicios y en los que no fue posible obtener los registros de medicación domiciliaria. La obtención del tratamiento crónico domiciliario se hizo mediante informes médicos hospitalarios al alta o por el programa de prescripción electrónica de atención primaria.

RESULTATS

Se detectaron 180 pacientes (media de edad 81 años (DS 6.8), 79,5% tomaban 6 o más medicamentos). El seguimiento se completó en 171 pacientes (nueve fueron exitus por lo que se excluyeron). El número total de medicamentos domiciliarios al ingreso y al alta fue de 1382 y 1402 respectivamente, de los cuales 753 (370 al ingreso y 383 al alta) pertenecían al grupo STOPP-CAR. Las PI según criterios STOPP-CAR fueron 27 al ingreso y 28 al alta. Las PI según criterios START-CAR al alta fueron 61. Esto afectó a 26 (15,2%), 27 (15,8%) y 51 (29,8%)

pacientes respectivamente. Los fármacos con mayor prevalencia de PI STOPP-CAR al ingreso y al alta fueron: AAS (52% y 46% respectivamente) y diuréticos del asa (19% y 25%). Los fármacos con mayor prevalencia de PI START-CAR al alta fueron: estatinas (46%) y IECA (28%).

DISCUSSIÓ

Las diversas series europeas y españolas publicadas que utilizan los criterios STOPP/START para detectar PI presentan gran variabilidad de resultados (21%-71% según criterios STOPP y 23%-52% según criterios START). Esta heterogeneidad podría explicarse por el origen diferente de las poblaciones estudiadas (atención primaria, consultas externas, residencias y hospitalizados a cargo de diferentes servicios médicos). Nuestro estudio está limitado porque recoge pacientes ingresados en hospital a cargo de MIRH y porque incluye sólo criterios STOPP/START del grupo cardiovascular. Además al tratarse de un estudio retrospectivo no se pudo diferenciar si la PI estaba justificada por la condición fisiopatológica del paciente, si las prescripciones consideradas como PI al alta fueron sólo temporales debido a la situación aguda que motivó el ingreso y el grado de aceptación que hubiera tenido la recomendación de suspender/iniciar un tratamiento.

CONCLUSIONS

El estudio realizado sólo con criterios STOPP/START-CAR ha demostrado ser una herramienta útil para la detección de las potenciales PI en un 15-30% de pacientes. Por ello, si se consigue desarrollar un método sistemático que incluya todos los grupos de criterios, se podría detectar los tratamientos domiciliarios inadecuados y optimizar el tratamiento de los pacientes ancianos tras la estancia hospitalaria.

EA-06 GESTIÓN DE LA MEDICACIÓN CRÓNICA EN LOS PACIENTES ANCIANOS DEL ÁMBITO RURAL

E. Martín Mojarro¹, O. Araujo Loperena¹, M. Favà Aleixendri², N. Ferré Filella², E. Caldentey Ysern², M. Rius Almazán²

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Atención Primaria. Hospital de Sant Pau i Santa Tecla. Tarragona

OBJECTIUS

Conocer la organización de los medicamentos crónicos en el domicilio de la población anciana del ámbito rural. Conocer el cumplimiento terapéutico de estos pacientes. Averiguar la existencia de errores y conocer el papel del cuidador en la gestión de la medicación crónica.

MATERIAL I MÈTODES

Estudio transversal prospectivo en los consultorios rurales de Salomó y Bonastre, dependientes del ABS de Torredembarra (Tarragona). Se han incluido todos los pacientes mayores de 65 años y se ha hecho el análisis de los 100 primeros. Se ha realizado un cuestionario específico y los resultados se han obtenido mediante entrevista en los domicilios. Se han recogido datos sobre variables sociodemográficas (edad, sexo, vivir sólo, cuidador principal, enfermedades crónicas, fármacos crónicos) y variables relacionadas con los botiquines caseros. El cuestionario incluía una pregunta sobre la comprensión de la medicación y otra sobre la existencia de errores. Se ha realizado una valoración del cumplimiento terapéutico mediante una escala ideada para tal fin. Los datos se han analizado mediante el paquete SPSS v 16 para MAC.

RESULTATS

Se han incluído datos de 198 pacientes. La primera mitad analizada incluye a 100 pacientes de edad media de 78,9 años (DS 6,85) y sexo predominantemente femenino (63%). Se han excluido dos casos por falta de aceptación de la participación. El 80,6 % de los casos no vive solo, y únicamente 29,6% tiene un cuidador principal, que suele ser el cónyuge (41,4%). En la mayoría de las ocasiones los botiquines caseros están organizados (91,8%). Generalmente los pacientes tienen la medicación ocasional separada de la crónica (67,3%) y cuando las mezclan sólo lo hacen de forma parcial (22,4% vs 10,2%). La medicación crónica es controlada por el propio paciente en el 82,7 % de los casos. El cumplimiento terapéutico de la población estudiada es bueno o bastante bueno en el 89,8% de los casos. En la mayoría de las ocasiones no se producen errores ni en la pauta posológica (M/M/N) (86,7%), ni en la dosis (81,6%), ni en el horario de la administración (64,3%). Los motivos de no cumplimiento terapéutico son sobretodo por olvidos (26,5%) o porque el paciente se encuentra fuera de su domicilio habitual (24,5%). La mayoría de los pacientes cree entender bien cómo ha de tomar su medicación (95,9%). Un 33,7% de los pacientes cree que se equivoca alguna vez al tomar su medicación. Cuando es el propio paciente quien controla la medicación se produce algún error en el 33,8% de las ocasiones, aunque si se trata del cuidador principal éstos se producen alguna vez hasta en el 28,6% de los casos (p NS).

DISCUSSIÓ

Cerca del 80 % de los ancianos padece enfermedades crónicas, y el 36% padece más de 3 enfermedades lo que se traduce, en general, en una polifarmacia. En ocasiones, la prescripción de medicamentos se lleva a cabo sin tener en cuenta la comprensión o la cooperación del paciente.

CONCLUSIONS

La organización de los botiquines caseros es adecuada. Existe un elevado nivel de cumplimiento terapéutico. A pesar de los pacientes que creen entender la medicación crónica existe un considerable nivel de error. No se aprecian diferencias en el control de la medicación tanto por el propio paciente como por el cuidador principal.

EA-07 SER DONA ÉS UN FACTOR ASSOCIAT A PATIR DEPENDÈNCIA FUNCIONAL A L'EDAT AVANÇADA?

G. De Febrer Martínez¹, R. Sola Alberich², V. Arija Val²

¹Àrea socio sanitària, ²Servei de Medicina Interna. Hospital Universitari Sant Joan de Reus. Reus (Tarragona)

OBJECTIUS

Analitzar els factors de risc associats a la dependència funcional en les Activitats Bàsiques de la Vida Diària (ABVD) en la població gran.

MATERIAL I MÈTODES

Mostra representativa d'una població (n:450 persones), obtingudes de forma aleatòria i estratificada per edat (65-79 anys i més i 80 anys i més) i gènere del cens de la Ciutat (Reus). Es van realitzar entrevistes al domicili del participant incloent dades socio-familiars i econòmiques,

funció cognitiva mitjançant el qüestionari de Pfeiffer, l'estat d'ànim per l'escala de depressió de Yesavage, la situació de risc nutricional i les síndromes geriàtriques. S'ha utilitzat l'escala de Barthel per valorar la capacitat en les ABVDs. Es va crear un model de regressió logística múltiple per analitzar els factors associats a la dependència funcional en les ABVD.

RESULTATS

La dependència funcional per les ABVD és del 21,1% (IC 95%:17,3-24,9) per a la població de 65 anys i més. El nivell més greu (Barthel <20) ha estat del 6,3% (4,1-8,5). La prevalença de dependència en les dones és del 26,6% (21,3-31,9) i pels homes de 17,6% (12,1-23,1). Augmenta de forma estadísticament significativa en els grup de més edat i en les dones ($p < 0.001$). La pluripatologia ha resultat un factor de risc que incrementa la dependència funcional en un 57% ($\text{Exp}(B)=1,572$). Igualment el deteriorament cognitiu, que l'incrementa en un 329% ($\text{Exp}(B) = 3,286$). També s'ha mostrat un factor independent la situació de risc de desnutrició elevada, incrementant la dependència en les ABVDs per cinc vegades més respecte al bon estat nutricional ($\text{Exp}(B)= 5,238$). La presència d'alteracions auditives en la persona gran incrementa el risc de dependència quasi al doble respecte de no tenir aquesta limitació. L'edat s'ha mostrat com a factor de risc de presentar dependència funcional. Per a any més s'incrementa un 12,2% la probabilitat de tenir dependència.

DISCUSSIÓ

En el nostre estudi, com es veu en la literatura, les dones de més edat, són la població que mostra més prevalença de dependència funcional en les ABVD, així com són les que presenten resultats més adversos en la valoració de depressió, desnutrició, capacitat funcional, solitud i risc de fragilitat social. Cal destacar que el gènere no s'ha mostrat com a factor de risc per a desenvolupar dependència funcional. Aquesta observació coincideix amb les fetes per altres autors com Guralnik. La diferència entre la prevalença de discapacitat entre les dones i els homes d'edat avançada s'ha d'atribuir a què les dones presenten una major esperança de vida i estan exposades a més situacions desfavorables.

CONCLUSIONS

La dependència funcional per les activitats bàsiques de la vida diària és d'un 21,1% en la població d'edat avançada. La dependència és més prevalent a més edat i en les dones. Els factors associats amb la dependència funcional en les activitats bàsiques de la vida diària són el deteriorament cognitiu, la pluripatologia, la sordesa, el risc nutricional i l'edat, però no el gènere.

Gestió Clínica (G)

G-01 E-INTERCONSULTA: UN MODEL DE COORDINACIÓ EFICIENT ENTRE NIVELLS ASSISTENCIALS

P. Comas Casanova¹, A. Mínguez Sanz¹, D. Arnau Fernández¹, I. Romeo Castillejo¹, G. Mereish Tatros¹, V. Estrada Pujol¹, M. García Serrano², G. Oliva Figueras¹

¹Servei de Medicina Interna. Hospital d'Igualada (Barcelona)

²Servei d'Atenció Primària de l'Anoia. Igualada (Barcelona)

OBJECTIUS

Les llistes d'espera de l'Atenció Especialitzada (AE) dificulten l'atenció adequada de les derivacions de l'Atenció Primària (AP), que en ocasions són innecessàries o es poden optimitzar amb un bon suport al metge de família per part dels especialistes hospitalaris. Objectius: ús de la interconsulta a través del correu electrònic (e-interconsulta) per orientar casos clínics concrets en l'àmbit de la Medicina Interna, disminuir els temps d'espera per a la presa de decisions clíniques i augmentar la capacitat resolutiva de l'AP evitant derivacions convencionals.

MATERIAL I MÈTODES

-Enviament per e-mail del motiu de consulta amb la informació clínica i el nombre d'història hospitalària o CIP -Incorporació de fitxers adjunts en els casos necessaris.-Adreça inicial única de correu electrònic i posterior diversificació per especialitats. -Assignació de les interconsultes entre tres internistes i participació puntual d'especialistes.-Anàlisi del cas clínic a partir de la informació rebuda en l'e-interconsulta i la disponible en la HC electrònica hospitalària.-Resposta raonada precoç (menys de 4 dies). -Gestió de derivacions en casos prioritaris. -Registre i anàlisi estadística descriptiva. -Enquesta d'avaluació i satisfacció dels professionals.

RESULTATS

-Experiència recollida des d'Abril de 2009 fins a Juny de 2010. -Nombre d'e-interconsultes: 176.-Participació: 8 ABS i 36 (65%) metges de família.-Mitjana d'e-interconsultes per metge: 4,8 (DE5,2). -Adequació: 159 (90%). -Tipus: Diagnòstica. 38%, Maneig: 55%, Altres: 7%. -Àmbits: Cardiologia: 50%, Medicina Interna: 19%, Digestologia: 13%, Hematologia: 5%, Neurologia: 4%, Altres: 9%. -Motius: alteracions electrocardiogràfiques: 16%, cardiopaties: 13%, arítmies: 13%, anticoagulació/antiagregació: 6%, etc.-Intèrval de resposta: mitjana 1,6 d (D'1,2 d). -Rendiment (n=155 adeq.): resolució: 20 (13%), consell diagnòstic: 32 (21%), consell terapèutic: 30 (19%), c. diagnòstic i terapèutic: 18 (12%), pauta de seguiment: 22 (14%), derivació: 25 (16%), altres: 8 (5%). -Enquesta d'avaluació:-AP (n=32): Utilitat escassa 6%, elevada 59%, molt elevada 34%; Satisfacció escassa 4%, moderada 18,5%, elevada 55,5%, molt elevada 22%. Grau de satisfacció mitjà(1-10): 7,9. -Equip hospitalari: satisfacció moderada 40%, elevada 20%, molt elevada 40%. -Impacte econòmic: estalvi considerant les e-interconsultes adequades com a potencialment derivables (n=134): 7906 €, sobrecost de les e-interconsultes derivades i no adequades (n=42): 252 €. Rendiment net: estalvi de 7654 €.

DISCUSSIÓ

Un percentatge elevat de metges de família ha utilitzat aquest mètode de coordinació. La demanda s'ha ajustat majoritàriament (90%) als criteris predeterminats i s'ha referit preferentment a l'àmbit cardiològic (50%). El interval de resposta ha estat curt (1,6 d) i molt inferior a la llista d'espera convencional de l'AE. Així mateix s'ha obtingut un elevat rendiment clínic: en la majoria dels casos s'ha proporcionat un consell diagnòstic i/o terapèutic que ha evitat la derivació immediata, amb el consegüent impacte econòmic per la disminució potencial de despeses. El grau de satisfacció dels professionals és elevat, la qual cosa facilita la continuïtat del model.

CONCLUSIONS

-Àmplia difusió del model.-Demanda adequada i preferentment enfocada a l'àmbit cardiològic.-Capacitat de resposta àgil i elevat rendiment clínic. -Alt índex de satisfacció entre els professionals. -Impacte econòmic favorable. En resum: l'e-interconsulta constitueix un model de coordinació entre nivells eficient, que incrementa la capacitat resolutiva de l'AP i millora la qualitat assistencial.

Risc Vascular (RV)

RV-01 PROPOSTA DE PARTICIPACIÓ DE LES UNITATS DE RISC VASCULAR EN L'ATENCIÓ INTEGRAL AL MALALT CORONARI EN UN HOSPITAL COMARCAL

A. Zamora Cervantes¹, G. Vázquez Olivá², M. Crespo¹, M. Vilaseca², R. Massa¹, G. Paluzie³

¹Servicio de Medicina Interna, ²Unitat de Cardiologia, ³Servei de Documentació. Hospital Comarcal de Blanes. Blanes (Girona)

OBJECTIUS

Objectius Valorar l'efectivitat d'un programa d'atenció integral dissenyat específicament per a pacients que han tingut una síndrome coronària agut (SCA)

MATERIAL I MÈTODES

Els pacients després de l'alta hospitalària són derivats per al seu seguiment durant 6 mesos a una Unitat de Risc Vascular, dirigida per un metge internista i una infermera i coordinada amb la Unitat de Cardiologia. Pla formatiu: xerrades dirigides a pacients i familiars durant l'ingrés sobre factors de risc i objectius a aconseguir, xerrades grupales extra-hospitalàries (dieta, exercici, tabac, estrès, compliment terapèutic), consulta d'infermeria amb agenda autònoma. Pla d'Implicació del pacient. Signatura de compromís d'arribar a objectius terapèutics. Enquesta telefònica. Pla d'actuació integral sobre els factors de risc. Pla personalitzat de caminatas en funció d'estratificació de risc, lliurament de podòmetres, enquesta nutricional i elaboració de dieta personalitzada, grup de deshabitació tabaquica, lliurament de manòmetres de tensió arterial, realització de MAPA, Alertes informatitzades des del servei de farmàcia. Optimització tractament farmacològic per a arribar a objectius. Pla de detecció de malaltia arterioscleròtica subclínica. Realització com prova de screening d'índex turmell-braç i si patològic realització d'eco-doppler de tronc supraòrtics i ecografia abdominal. Pla de coordinació entre professionals i nivells assistencials. Reunions setmanals amb cardiologia. Creació d'una e-community amb els equips d'atenció primària. Reunions presencials i on-line (webinar) periòdiques entre els professionals implicats (atenció primària-diferents especialitats implicades). Elaboració d'un informe d'alta conjunt de malaltia arterioscleròtica de tots els professionals implicats

RESULTATS

S'inclouen 63 pacients (40 V/ 23 M. Edat mitja 61 anys) ingressats d'en àrea d'hospitalització de forma consecutiva per SCA. En l'enquesta telefònica el 100% dels pacients es van mostrar molt satisfets amb l'atenció global rebuda, van qualificar de molt bé o bé la informació rebuda sobre la malaltia arterioscleròtica, van manifestar que sempre o gairebé sempre el programa els ha servit per a adoptar hàbits cardiosaludables i van qualificar la coordinació amb atenció primària com molt bona o bona. AL finalitzar el programa es van obtenir millorances de forma significatives respecte a l'inici en l'enquesta dietètica, activitat física diària, índex de massa corporal, hàbit tabaquic, nivells de HbA1c i perfil lipídic. El 60.5% dels pacients van assolir els objectius combinats de no tabaquisme, HbA1c<7 i C-LDL<100. El 15.8% van assolir un IMC<25. El 67% dels pacients van assolir els objectius lipídics (C-LDL<100 mg/decilitre) davant un 33% en l'atenció convencional. Es detectarà un 8% de malalts amb malaltia arterial perifèrica subclínica i un 12% de malalts amb diabetis oculta S'observa un reducció significativa de C-total,

Colesterol-LDL, Colesterol-LDL/colesterol-HDL, Colesterol-HDL/Triglicèrids i nivells de HBA1c respecte als pacients atesos en consulta convencional

DISCUSSIÓ

Les Unitats de Risc Vascular poden jugar un paper important en l'atenció integral i integrada als pacients amb malaltia arterioscleròtica. Programes multidisciplinaris amb implicació de les Unitats de Risc Vascular poden ser la base per implantar de forma cost-eficient programes similars a la rehabilitació cardíaca extrahospitalària en pacients seleccionats de baix-moderat risc

CONCLUSIONS

Els programes d'atenció al malalt coronari basats en el abordaje integral i coordinat són eines eficaces en l'adopció d'hàbits cardiosaludables i en la consecució d'objectius. Aquests programes són exportables a altres manifestacions de la malaltia arterioscleròtica (Aquest projecte ha estat considerat per la SEC com el millor Projecte de Millora de la Qualitat Assistencial al Malalt Coronari 2007).

Varis (V)

V-04 VALORACION DE 360º: EVALUACIÓN DEL RESIDENTE EN LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE

R. Salas¹, N. Parra², E. Coloma², R. Coll³, C. Fornós¹, J. Delás¹, J. Villasenín¹, F. Fernández¹
¹Servicio de Medicina Interna, ²Docencia, ³Servicio de Urgencias. Hospital Universitari Sagrat Cor. Barcelona

OBJECTIUS

Evaluar a los residentes mediante la valoración 360º, valorar fiabilidad de la herramienta y conocer la opinión del entorno del residente sobre sus habilidades y competencias.

MATERIAL I MÈTODES

Estudio transversal realizado en 2010 en Urgencias. Se evaluaron 16 residentes (R) de M. Interna (MI), Dermatología (D), Neumología (NML) y Medicina Familiar (MFYC), en distintos años de su formación, con técnicas de cegamiento por parte del residente y del procesador de los datos. Como observadores, se incluyeron diferentes equipos formados por 2 médicos adjuntos y 1 residente (M), 4 enfermeras (E) y 8 pacientes o familiares (P). Se incluyó la evaluación del propio residente (R). Se utilizaron cuestionarios estructurados, definidos por la SEMI (Portafolio), con diferentes ítems adaptados a cada categoría del evaluador, puntuados de 0-10. Los ítems se agruparon en 6 dimensiones: comunicación, trabajo en equipo, ética, profesionalidad, competencia profesional y valoración global. Se recogieron datos demográficos: edad, sexo, nacionalidad e idioma, especialidad y año de residencia. Se realizó un análisis de estadística descriptiva para cada una de las dimensiones. Se calculó la consistencia interna mediante el alfa de Cronbach y el grado de acuerdo mediante el coeficiente de correlación interclase (de un factor). El análisis estadístico se llevo a cabo mediante SPSS v.15.0.

RESULTATS

Se evaluaron 5 residentes de MI, 2 NML, 1 D y 8 MFYC; 10 R1, 2 R2, 2 R3, 1 R4 y un R5. El 50% era español (sólo 25% en MYFC); 68% varón, con 31,5 (6,7) años de media y 50% de hispanoparlantes. La puntuación media del cuestionario en función del observador fue: M 8,0 (1,2); E 8,1 (1,2); P 8,7 (1,1) y R 7,4 (1,2). Considerando el conjunto de dimensiones, la concordancia entre los observadores (correlaciones 2:2) fue: M:E 0,77 (IC 95% 0,36-0,92); M:P 0,38 (IC 95% 0-0,7); M:R 0,12 (IC 95% 0-0,6); E:P 0,63 (IC 95% 0-0,69); E:R 0 (IC95% 0-0,5); P:R 0 (IC0-0,2). Dimensión a dimensión: Competencia M:E 0,59 (IC 95% 0-0,85); M:P 0,34 (IC95% 0-0,77); M:R 0,46 (IC 95% 0-0,81); E:P 0,61 (IC 95% 0-0,86); E:R 0,14 (IC 95% 0-0,69); P:R 0 (IC 95% 0-0,54). Comunicación M:E 0,77 (IC 95% 0,36-0,92); M:P 0,66 (IC 95% 0,66-0,82); M:R 0,57 (IC 95% 0-0,85); E:P 0,63 (IC 95% 0-0,87); E:R 0,59 (IC 0-0,84); P:R 0,32 (IC 95% 0-0,76). Equipo M:E 0,86 (IC 95% 0,46-0,91); M:R 0,79 (IC 95% 0,4-0,92); E:R 0,50 (IC 95% 0-0,82). Ética M:E 0,44 (IC 95% 0-0,8); M:P 0 (IC 95% 0-0); M:R 0,45 (IC 95% 0-0,80); E:P 0 (IC 95% 0-0); E:R 0 (IC 95% 0-0,63); P:R 0 (IC 95% 0-0,16). Profesionalidad M:E 0,61 (IC 95% 0-0,8); M:R 0,62 (IC 95% 0-0,8); E:R 0,22 (IC95% 0-0,7).

DISCUSSIÓ

En nuestro estudio la valoración global del residente como profesional en todas las dimensiones fue buena según todos los observadores. El 50% de los residentes evaluados eran extranjeros y de primer año, por tanto el idioma y la menor experiencia podría justificar la menor correlación entre la visión que percibe sobre sus habilidades comunicativas el propio residente y el paciente. En cuanto a la concordancia entre los observadores (2:2), se debe tener en cuenta la dificultad para interpretar y discriminar algunos ítems en la categoría que incluye al paciente. También es importante la relación personal entre residentes y observadores, que en general siempre es menos confiable en los residentes más jóvenes. El grado de acuerdo entre los observadores para las distintas dimensiones fue moderado-buena con mayor fuerza de concordancia para la dimensión trabajo en equipo. Esto se explicaría, porque en Urgencias la duración de la guardia y las condiciones laborales intrínsecas propias de este servicio predisponen a compartir actividades.

CONCLUSIONS

La herramienta de 360° permite una visión integral de las competencias y habilidades, es bien acogida y dirige los puntos de mejora en el CV del R. La disparidad en el grado de concordancia depende de la realidad evaluada y del nivel de consistencia (validez interna) de los ítems. En el ámbito de Urgencias, éstos deberían ser breves, ágiles y fácilmente comprensibles. En general nuestros R son bien valorados por todos los estamentos.

V-09 PERFIL DE PRESCRIPCIÓN FARMACOLÓGICA A PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS NO NEOPLÁSICAS EN ESTADÍO AVANZADO DE 41 HOSPITALES ESPAÑOLES

F. Masanés¹, A. Urrutia², L. Feliu-Mazaria³, G. Tolchinski⁴, A. Martín-Pérez⁵, F. Formiga⁶, A. López-Soto¹

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínic. Barcelona

²Servicio de Medicina Interna. Hospital Germans Trias i Pujol. Barcelona

³Servicio de Medicina Interna. Hospital General de Palma de Mallorca. Palma de Mallorca

⁴Servicio de Medicina Interna. Hospital Municipal. Badalona

⁵Servicio de Medicina Interna. Hospital Sant Joan Despí. Barcelona

⁶Servicio de Medicina Interna. Hospital de Bellvitge. Barcelona

OBJECTIUS

Analizar el perfil de prescripción farmacológica y los factores asociados a la polifarmacia de los pacientes con enfermedades crónicas no neoplásicas en estadio avanzado incluidos en el proyecto PALIAR.

MATERIAL I MÈTODES

Estudio transversal multicéntrico de 41 hospitales españoles, con inclusión de pacientes identificados durante la hospitalización, consultas, u hospitalización domiciliaria entre Febr2009-Sept2010. Se incluyeron pacientes con una ó más de las siguientes condiciones: Insuficiencia cardíaca con disnea basal ?III de la NYHA (ICC); insuficiencia respiratoria con disnea basal ?III MRC y/o satO₂<90% y/o O₂domiciliaria (IR); insuficiencia renal crónica estadio 4-5 de NKF (ERC); hepatopatía crónica escala Child-Pugh >7; y/o enfermedad neurológica con deterioro cognitivo/funcional establecidos (Pfeiffer>6 y/o MEC?18 y/o Barthel<60)(EN). Se analizaron las características de prescripción farmacológica y los factores asociados a la polifarmacia (?5 fármacos), y a la presencia de errores autorreferidos en las tomas.

RESULTATS

La prevalencia de polifarmacia en los 1847 pacientes incluidos fue 86%(8.1±3.5 fármacos y 9.1±5 comprimidos por paciente). El 31,3% tomaba ?10 fármacos. Por grupo, los fármacos más prescritos fueron antihipertensivos (1514 pacientes (82,6%)), gastroprotectores (1363(73,8%)), antiagregantes/anticoagulantes (1298(70,3%)), fármacos psicótrpos (956(51,8%)), broncodilatadores inhalados (775(42%)) y analgésicos (674(36,5%)). Individualmente, los más prescritos fueron omeprazol (73,8%), diuréticos (70,3%), IECAS/ARAI (58,7%), AAS (44%), anticolinérgicos inhalados (39,4%), beta 2 adrenérgicos inhalados (36,5%), y analgésicos de primer escalón (35,7%). Destacar por su escasa prescripción los analgésicos de 2º (5,7%) y 3er escalón (8,1%), antidepresivos (16,2%), anticolinesterásicos (5,7%), neurolépticos (21,2%) y betabloqueantes (26,69%). El 45,6% había recibido un ciclo de antibioterapia en los 3 meses previos, siendo los más utilizados las quinolonas (450 pacientes (24,4%), seguidos de penicilinas (365(19,8%) y cefalosporinas (260(14,1%)). Respecto a la adherencia al tratamiento el 51,8% de los pacientes no cometía ningún error en la toma, el 38,6% lo cometían ocasionalmente y el 9,6% casi diariamente o siempre. Los factores asociados de forma independiente a la polifarmacia fueron la pluripatología (OR=1.6 [1.1-2.4]; p=.01), la hipertensión (OR=2 [1.4-3];

$p < .0001$), la diabetes (OR=1.8 [1.2-2.6]; $p = .004$), la disnea severa (OR=2.1 [1.3-3.6]; $p = .004$), el dolor crónico (OR=2.7 [1.4-5.1]; $p < .003$), un pobre performance de la ECOG (OR=3.9 [1.2-12.6]; $p = .026$), y la ausencia de EN (OR=2 [1.2-3.4]; $p = .006$). Aquéllos asociados de forma independiente a la presencia de errores en la toma fueron requerir cuidador (OR=1.6 [1.2-2.2]; $p = .006$), una mayor carga de comorbilidad por el índice Charlson ((OR=1.14 [1.07-1.22]; $p < .0001$), la anorexia (OR=1.36 [1.001-1.8]; $p = .046$), y la ausencia de EN (OR=1.84 [1.4-2.4]; $p < .0001$).

CONCLUSIONS

La prevalencia de polifarmacia en estos pacientes con enfermedades médicas avanzadas es elevada, así como los errores autorreferidos en la toma de la medicación. El perfil prescriptor en general sigue centrado en un abordaje etiopatogénico y en menor medida en un abordaje sintomático.

PÒSTERS

Malalties Infeccioses (A)

A-02 VALIDACIÓN DE LA GUÍA CLÍNICA DE LA NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD

P. Dambra Rodríguez¹, E. Polverino², C. Esquinas², C. Cilloniz², M. Ortega³, M. Marcos⁴, J. Mensa⁵

¹Servicio de Neumología. Hospital del Vendrell. El Vendrell (Tarragona)

²Servicio de Neumología, ³Servicio de Urgencias, ⁴Servicio de Microbiología, ⁵Servicio de Enfermedades Infecciosas. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona. Barcelona

OBJECTIUS

Validación prospectiva de la guía clínica de la neumonía adquirida en la comunidad en el Hospital Clínic de Barcelona, desarrollada por el Grupo de Estudio de la Infección Respiratoria de dicho hospital. Seguimiento y valoración de los resultados en un período de tres años en relación a adecuación del ingreso hospitalario, diagnóstico microbiológico, adecuación del ingreso en UCI, terapia empírica antibiótica adecuada o inadecuada en relación a las recomendaciones de la guía, y mortalidad.

MATERIAL I MÈTODES

Entre el 1 de Julio de 2001 y 30 de Junio de 2004 se recogieron 639 pacientes, y entre el 1 de Julio de 2005 hasta 30 de Junio de 2008 se recogieron 873 pacientes que ingresaron al hospital con el diagnóstico de neumonía adquirida en la comunidad y que fueron aptos para el análisis. De estos 1503 pacientes, 938 (62,4%) fueron varones y 565 (37,6%) mujeres con una edad media de 68,8 +/- 16,8 años (rango 20 – 102 años).

RESULTATS

Tras la implementación de la guía clínica en el grupo control 510 pacientes cumplían criterios de ingreso (79,8%), respecto a 830 pacientes en el grupo de intervención (96,1%), siendo la

diferencia entre ambos grupos significativa ($p < 0,001$). En 1010 (67,2%) del total de 1503 pacientes, en 481 (75,3%) de 639 pacientes del grupo control, y en 529 (61,2%) de 864 pacientes del grupo de intervención, el régimen antibiótico inicial fue prescrito de acuerdo con las recomendaciones de la guía del hospital. Siendo la diferencia entre ambos grupos significativa ($p < 0,001$). Fallecieron 75 (5%) del total de 1503 pacientes. 41 de 864 (4,7%) del grupo de intervención, respecto a 34 de 639 (5,5 %) del grupo control, siendo no significativa la diferencia entre ambos grupos ($p=0,612$).

DISCUSSIÓ

La implementación de guías clínicas presenta resistencia al cambio de las pautas de prescripción en los diferentes de grupos de riesgo, lo que contrasta con la aceptación de las recomendaciones de elección del sitio de tratamiento.

CONCLUSIONS

En resumen puede apreciarse tras la aplicación de la guía una disminución de los ingresos inadecuados sin que haya variación en la mortalidad. En el análisis multivariado no se demostró que el cumplimiento de la guía tenga influencia en la mortalidad. Soporte de: CibeRes (CB06/06/0028), SGR 2005, SEPAR

Mortalidad (A-02)

	Cumplen	No Cumplen	Global
Grupo Control	18/481 (3,7%)	16/158 (10,1%)	34/639 (5,5%)
Grupo Intervención	22/529 (4,2%)	19/335 (5,7%)	41/864 (4,7%)
Grupo Completo	40/1010 (4%)	35/493 (7,1%)	75/1503 (5,0%)

A-03 TUBERCULOSIS PULMONAR BACILÍFERA NOSOCOMIAL EN DIPLOMADO UNIVERSITARIO DE ENFERMERÍA. ESTUDIO DE CONTACTOS

A. Martín-Urda Díez-Canseco, R. Toda Savall, A. Masabeu Urrutia, M. Márquez Olivilla
Servicio de Medicina interna. Hospital de Palamós. Palamós (Girona)

OBJECTIUS

La Tuberculosis rara vez es causa de enfermedad nosocomial gracias a la prevención de la transmisión de enfermedades infecciosas intrahospitalarias. El personal sanitario se considera de riesgo para contraer infección tuberculosa, por ello se recomienda el cribado periódico con la prueba tuberculínica (PT).

MATERIAL I MÈTODES

A raíz de una tuberculosis pulmonar bacilífera en Diplomado Universitario de Enfermería (DUE) se realiza estudio de contactos en ámbito familiar, laboral y enfermos ingresados llevados por el DUE. Se realiza prueba de tuberculina (PT) y radiografía de tórax. De enfermos se seleccionan los de gran inmunodepresión (VIH, enfermedades hematológica, tumorales y tratamientos inmunosupresores). En éstos además se realizan técnicas IGRA (Interferon-Gamma Release Assays) para diagnóstico de la infección tuberculosa.

RESULTATS

1. Àmbit familiar: -Un contacte de gran intimitat amb PT positiva i tòrax normal: infectat tributari TIT (tractament infecció tuberculosa) amb Rifampicina 4 mesos. Cas d'índice resistent a isoniazida. -Cinc contactes de baixa intimitat amb PT negativa inicial i a 3 mesos amb tòrax normal: no infectats. -Un contacte de baixa intimitat amb PT prèvia negativa i PT actual positiva, tòrax normal en tractament immunosupressor: infectat recent, se indica TIT. 2. Àmbit laboral: -Se realitzen 58 PT de les quals 53 negatives amb radiografia de tòrax normal, segona PT en 25/53 continuen negatives: no infectats, no TIT. -De les 5 PT positives; 4 són majors de 35 anys, contactes de baixa intimitat i PT prèvia no coneguda: infectats de inici desconegut decideixen no fer TIT. El restant positiu, PT prèvia negativa en pacient vacunat BCG sense Booster se proposa TIT que es rebutja. 3. Enferms ingressats portadors de DUE: -Se seleccionen 23; 6 PT positives i 4 tècnica IGRA positives. Coincidents amb les 2 proves: 3 pacients. El altre pacient IGRA positiu amb immunosupressió severa (PT falsament negatiu).

DISCUSSIÓ

La prova d'elecció segueix sent la PT. Per evitar la infecció nosocomial tuberculosa se debent implementar els protocols hospitalaris de prevenció de la transmissió de les infeccions.

CONCLUSIONS

No se trobà cap cas nou de malaltia tuberculosa

A-05 ABSCÉS PÈLVIC RECIDIVANT PER SARM COM A FORMA ATÍPICA DE PRESENTACIÓ CLÍNICA EN PACIENT PORTADORA DE COLOSTOMIA

E. Sopena, A. Cortiella, R. Qanneta, J. Pi, N. Martí, R. Martínez, M. Guardia, E. Moltó
Unitat de Convalescència. Hospital Sociosanitari Francolí. Tarragona

OBJECTIUS

El SARM (*Staphylococcus aureus* resistent a la meticil·lina) és un tipus comú de bacteri que habitualment viu en la pell i alguns cops en les fosses nasals de persones sanes. La via d'entrada al cos humà és a través d'una solució de continuïtat. La infecció pot ser menor i local o pot ser més greu i disseminada amb afectació d'òrgans vitals. Les infeccions greus per estafilococs són, més freqüents en persones amb afectació del sistema immunitari i amb ingressos llargs. Hem escollit aquest cas clínic d'abscessos per SARM pel seu interès clínic-radiològic.

MATERIAL I MÈTODES

Estudi descriptiu d'un cas clínic de pacient afectat d'abscessos pèlvics extes a cuixa en possible relació amb la colostomia. Revisió de la literatura sobre SARM, colostomia i pacients de la comunitat.

RESULTATS

Es tracta d'una dona de 63 anys que ingressa en el nostre centre procedent del Servei de Traumatologia del Hospital Joan XXIII amb el diagnòstic d'abscessos intrapelvics dret que s'estén a cuixa dreta. Com antecedents: Colitis ulcerosa amb múltiples reseccions intestinals, que al final va precisar colostomia fa 12 anys. Ingressa a COT del Hospital Joan XXIII de Tarragona del 24/11/2008 fins el 08/01/2009 per abscessos presacres per SARM que requereix tractament quirúrgic

i segons antibiograma amb Teicoplanina i Daptomicina durant 3 setmanes, i posteriorment amb Cotrimoxazole durant 6 setmanes, amb bona resposta clínica i radiològica. Malaltia actual: El 31/01/2011 la pacient acut a Urgències procedent del domicili per un bultoma a nivell de cuixa dreta de 5 dies de evolució. Presenta dolor inguinal dret de > 2 mesos de evolució acompanyat de anorèxia i pèrdua de pes. Anàlítica al ingrés es destaca PCR 5,7 mg/dL, leucocits 10.160/mm³ amb desviació esquerra, Hb 11.75 g/dL, Htco 35.4%, plaquetes 510.300/mm³. TAC pelvis i cuixa dreta s'evidència extenses col·leccions líquides delimitades que s'extenen tant a nivell pèlvic com a nivell intramuscular ocupant el múscul psoasiliac i obturador drets. El mateix dia 01/02/2011 es fa un desbridament quirúrgic. Hemocultius i cultiu intraoperatori es positiu per SARM. S'inicia tractament antibiòtic segons antibiograma amb Cotrimoxazol que és substituït per Rifampicina i Minociclina per reaccions adverses al Cotrimoxazol, que és manté en la actualitat amb bona resposta.

DISCUSSIÓ

Es tracta de una pacient de la comunitat que no presenta antecedent de ingrés hospitalari l'any previ a la presentació de la malaltia, immunocompetent i portadora de colostomia. La infecció és presenta com una infecció greu i disseminada amb formació de múltiples abscessos pèlvics amb extensió cuixa dreta. No s'ha trobat cap literatura al respecte de la possible relació SARM-colostomia, ni manifestacions clíniques de SARM de presentació exclusiva en forma d'abscessos.

CONCLUSIONS

Augment progressiu de la incidència de SARM en pacients de la comunitat immunocompetents amb manifestacions clíniques atípiques.

A-06 ANÁLISIS DEL PERFIL MICROBIOLÓGICO Y TRATAMIENTO DE UNA COHORTE DE PACIENTES INGRESADOS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA POR INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO COMPLICADAS

L. Noblia Gigena¹, M. Xifré Rodríguez¹, M. Córdoba¹, P. Barragán Gallo¹, J. González Telade², E. Pedrol Clotet³

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Urgencia. Hospital del Vendrell. El Vendrell (Tarragona)

³Servicio de Medicina Interna. Hospital Sant Pau i Santa Tecla. Tarragona

OBJECTIUS

Objetivos: Analizar el perfil microbiológico y el tratamiento de una cohorte de pacientes ingresados por infecciones urinarias complicadas.

MATERIAL I MÈTODES

Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo de pacientes hospitalizados en un Servicio de Medicina Interna de un hospital comarcal de 100 camas, durante 10 meses (junio 2010 - marzo 2011). Se recogieron datos microbiológicos y terapéuticos, analizados con el paquete estadístico de Excel.

RESULTATS

Resultados: Se incluyeron 41 pacientes ingresados por sepsis urinaria, pielonefritis aguda y/o infección del tracto urinario complicada. La edad media fue: 70 años (28-100 años) y el 63.41%

eran mujeres. El sedimento de orina patológico se observó en 95,12% de los casos y en 2 pacientes (4,88%) fue normal (tratamiento antibiótico previo). El urocultivo fue patológico en 75,61% de los casos. Se realizó hemocultivos en 58,54% de los pacientes, fue patológico en 12,2% de pacientes. De los 31 pacientes con urocultivo positivo se encontró en 54,84% *Escherichia coli* aislada o asociada a otro germen; en 19,35% de los pacientes fue positivo para *Enterococcus faecalis*; 16,13% *Pseudomona aeruginosa*, 9,68% *Klebsiella pneumoniae* y en un paciente *Enterococcus faecium*. En 22,58% de los pacientes se trataba de gérmenes sensibles a todos los fármacos testados en el antibiograma, en 64,52% de pacientes existía resistencia a ampicilina, cefalosporinas de 1ª generación, quinolonas no fluoradas y/o trimetoprim-sulfametoxazol. El 16,13% de los cultivos eran resistentes además a fluorquinolonas, cefalosporinas de 2ª y 3ª generación, aminoglucósidos e imipenem. El 78% de los pacientes requirieron el uso de 2 o más planes antibióticos y en el 17% se requirieron 3 grupos farmacológicos diferentes. El antibiótico más prescrito fue amoxicilina-clavulánico 63,41%, 29,26% ciprofloxacino, 21,95% ceftriaxona, 14,63% imipenem, 4,88% piperacilina-tazobactam, 4,79% trimetoprim-sulfametoxazol, 2,44% levofloxacino y 2,44% cefuroxima. Catorce pacientes (34,15%) requirieron otro plan antibiótico, orientado por el antibiograma (cefepima, linezolid, gentamicina, aztreonan, cefixima, nitrofurantoina). La evolución fue favorable en 85,37% de pacientes.

DISCUSSIÓ

Discusión: La positividad del sedimento urinario fue muy alta, excepto en pacientes que habían recibido tratamiento antibiótico previo. El urocultivo permitió obtener el germen en más del 50% de los casos; la rentabilidad del hemocultivo fue, sin embargo, baja. Los bacilos gram negativos son los gérmenes más habituales en las infecciones urinarias complicadas, especialmente, *Escherichia coli*. Más del 80% de los casos eran resistentes a algún tipo de tratamiento antibiótico y el 16,13% fueron casos de alta resistencia.

CONCLUSIONS

Conclusiones: el tratamiento empírico de las infecciones urinarias complicadas, debe ir dirigido a cubrir bacilos gram negativos. La realización del urocultivo previo al inicio del tratamiento fundamental, para ajustar el mismo, dado el alto porcentaje de gérmenes resistentes a fármacos habitualmente prescritos en infecciones urinarias.

A-07 ANÁLISIS DE UNA COHORTE DE PACIENTES INGRESADOS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA POR INFECCIONES COMPLICADAS DEL TRACTO URINARIO

L. Noblia Gigena¹, M. Córdoba¹, M. Xifré Rodríguez¹, P. Barragán Gallo¹, J. González Telade², E. Pedrol Clotet³

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Urgencia. Hospital del Vendrell. El Vendrell (Tarragona)

³Servicio de Medicina Interna. Hospital Sant Pau i Santa Tecla. Tarragona

OBJECTIUS

Objetivos: Analizar las características y evolución de una cohorte de pacientes ingresados por infecciones urinarias complicadas.

MATERIAL I MÈTODES

Pacientes y Métodos: Estudio retrospectivo de pacientes hospitalizados en un Servicio de Medicina Interna de un hospital comarcal de 100 camas, durante 10 meses (junio 2010 - marzo 2011). Se elaboró un cuaderno de recogida de datos que recogía parámetros epidemiológicos y clínicos. Se ha realizado el análisis estadístico con el paquete Excel.

RESULTATS

Resultados: Se analizaron 41 pacientes ingresados con diagnóstico de sepsis urinaria, pielonefritis aguda y/o infección del tracto urinario complicada. La edad media fue de 70 años (28-100 años) siendo el 63.41% mujeres. El 21,95% de pacientes no presentaban factores de riesgo para la adquisición de la infección, 11 pacientes presentaban un factor de riesgo (26,83%) y 21 pacientes (51,22%) 2 o más factores de riesgo. El factor de riesgo más frecuente fue la diabetes mellitus, presente en 15 pacientes (36,58%) seguido de la presencia de sonda vesical (29,27%), infección urinaria previa reciente o recurrente (29,27%). El 14,63% de los pacientes presentaban insuficiencia renal al ingreso. El signo clínico más habitual fue la fiebre (73,17%) y en los pacientes mayores de 70 años (63,33%) fue la forma más frecuente de debut. Presentaron intolerancia digestiva alta el 26,83% de pacientes. La puño-percusión lumbar positiva se evidenció en 24,39% de los casos, pero considerando, pacientes menores de 70 años, se encontró en el 90% de los casos. El síndrome urinario bajo se presentó en 10 pacientes (24,39%). La evolución fue favorable en el 85,37% de los casos, con 28 pacientes que pasaron a domicilio (68,29%) y 7 a un centro de crónicos (17,08%). Un paciente requirió traslado a unidad de cuidados intensivos (2,44%), otro a servicio de urología (2,44%) y los 4 restantes fallecieron (4,75%). De los pacientes que presentaron mala evolución (UCI y/o muerte) el 100% presentaba 2 o más factores de riesgo y el 75% tenían una edad mayor de 70 años. La estancia media fue de 7,7 días (1-23 días).

DISCUSSIO

Discusión y conclusiones: Los pacientes de edad avanzada representan la mayoría de los ingresos hospitalarios por infecciones urinarias complicadas. Estos pacientes no presentan con frecuencia signos clásicos de infección urinaria como el síndrome urinario bajo y/o la puño-percusión lumbar positiva y suelen debutar como un síndrome febril. También son los pacientes > 70 años los que presentan una peor evolución al igual que los que presentan >2 factores de riesgo (la diabetes mellitus es el factor de riesgo más frecuente), sin embargo, en la mayoría de los casos el pronóstico es bueno a pesar de la edad avanzada y la comorbilidad.

A-08 EXPERIENCIA CON DARUNAVIR/RITONAVIR QD EN PACIENTES PRETRATADOS

S. Ruiz¹, E. Deig², A. Delegido¹, P. García², M. Tasia¹, R. Ramírez¹, C. Creus¹, E. Pedrol¹

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital de Sant Pau i Santa Tecla. Tarragona

²Servicio de Medicina Interna. Hospital General de Granollers. Granollers (Barcelona)

OBJECTIUS

Evaluar la eficacia de darunavir/r 800/100 qd en pacientes con experiencia previa al TARGA.

MATERIAL I MÈTODES

Estudio observacional y retrospectivo de pacientes con experiencia previa al TARGA, a los que se les cambia a tratamiento con darunavir 800/100 qd por fracaso, simplificación o intolerabilidad al régimen previo. Se describen factores demográficos, tratamiento previo, nivel inmuno-virológico antes y después del cambio y su seguimiento.

RESULTATS

Se incluyen 12 pacientes, todos varones, de edad media: 43.4 años. Conductas de riesgo: 40%ADVP, 40% homosexual y 20% heterosexual. En 3 pacientes se cambió a darunavir/r qd por fracaso a tratamiento con no análogos, 2 eran reinicio del TARGA tras abandono, 2 se cambió por simplificación (procedían de darunavir/r bid) y 5 por intolerancia a la pauta previa: 3 diarreas por lopinavir/r y dos hiperbilirrubinemia por atazanavir/r. La media de CD4 previo al cambio era de 283,4 cél/mm³ (5 pacientes con CD4<200 cél/mm³), la CV-VIH en 4 pacientes era indetectable y el resto oscilaba entre 4900-141423cp/ml. Tras 9.6 meses de seguimiento la media de CD4 fue de 325.4 cél/mm³ y el 100% se mantenía con carga viral indetectable. En todos los pacientes en los que se realizó el cambio por problemas de tolerabilidad, ésta se resolvió.

CONCLUSIONS

En nuestra corta serie el cambio a darunavir/r qd ha sido beneficioso tanto desde el punto de vista de eficacia como de tolerabilidad.

A-09 USO DE MARAVIROC EN EL TRATAMIENTO DE LEISHMANIASIS RECIDIVANTE

S. Ruiz, M. Tacias, A. Delegido, O. Araújo, S. Hernández, A. Díaz, N. Vercesi, E. Pedrol
Servicio de Medicina Interna. Hospital de Sant Pau i Santa Tecla. Tarragona

OBJECTIUS

Exponemos el caso de un paciente con infección por VIH y que presenta recidivas por leishmania, al que le añadimos maraviroc en el tratamiento, presentando mejoría clínica posterior.

RESULTATS

Varón de 40 años con infección por VIH, que consultó por fiebre y malestar general, el estudio analítico revelo pancitopenia (hemoglobina de 11g/dl, leucocitos 2700cel/mm³, plaquetas 59000/mm³), CD4 46 cel/mm³ y alta carga viral de VIH (tras abandono de tratamiento), tras el diagnóstico de leishmaniasis visceral, se inicio TARGA, tratamiento inducción con Anfotericina B formulación lipídica y posteriormente profilaxis secundaria mensual. Seis meses más tarde presenta recidiva de leishmania, se volvió a instaurar tratamiento de inducción de anfotericina B formulación lipídica, profilaxis secundaria cada 3 semanas y se probó tratamiento con IL-2, retirándolo por mala tolerancia. Tras la falta de respuesta, se inicio tratamiento con glucantime y posteriormente profilaxis secundaria con el mismo, con buena respuesta inicial, pero presentando de nuevo recidiva a los 4 meses. Finalmente, se inicio tratamiento combinado con anfotericina B, miltefosina y se añadió un inhibidor del CCR5, maraviroc. Tras dos años, persiste con buen estado general, no ha vuelto a presentar recidivas y ha presentado recuperación inmunológica con más de 200 CD4.

DISCUSSIÓ

La prevalència de leishmaniasis visceral es més de 100 veges superior en pacients con infecció por VIH que en pacients immunocompetentes. Además los pacients seropositivos experimentan con frecuencia recaídas de la enfermedad, que suponen un problema terapéutico y una mayor mortalidad. La activación inmune que se desencadena tras la infección por leishmania, incrementa la expresión de receptores (CCR5 Y CXR4), disminuye la secreción de citocinas B y favorece la entrada, integración, formación y replicación de partículas virales. Hay estudios que demuestran que en la infección por leishmania hay una sobreexpresión de éstos co-receptores, y que podría hacer progresar la infección por el VIH.

CONCLUSIONS

-El inhibidor del receptor CCR5, maraviroc, podría jugar un papel importante en el control de la coinfección HIV-Leishmania, bloqueando la progresión a SIDA y controlando la infección por leishmania. -Son necesarios estudios para clarificar el papel de las citoquinas y receptores de citoquinas en la coinfección VIH-leishmania.

A-11 UTILITZACIÓ DELS ANTIGENS MICROBIANS EN L'ORINA EN LA PRÀCTICA CLÍNICA

E. Pérez Macho¹, O. Torres¹, C. Cáceres¹, E. Gil¹, M. Mateo¹, F. Sánchez², D. Ruiz¹, J. Casademont¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Microbiología Clínica. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona

OBJECTIUS

Avaluar l'ús clínic de la antigenúria per Streptococcus pneumoniae i Legionella pneumophila (AgMO) en la pràctica clínica habitual al Servei d'Urgències.

MATERIAL I MÈTODES

S'han revisat retrospectivament històries clíniques i les radiografies dels adults atesos a Urgències als quals es va practicar una detecció de AgMO entre desembre 2009 i maig 2010. La detecció de AgMO es va realitzar per immunocromatografia (BinaxNOW®). Per a la detecció de antigens de L. pneumophila es va emprar orina concentrada 20-25x per ultrafiltració (Minicon®). Es va avaluar si presentaven condensació radiològica o factors associats a immunodepressió greu (VIH, trasplantats o neutropènics) i el diagnòstic final. S'han exclòs els derivats des d'altres centres hospitalaris d'aguts.

RESULTATS

Es van practicar 490 deteccions de AgMO, es van excloure 12 casos procedents d'altres hospitals d'aguts. Dels 478 restants: 179 pacients (37,4%) presentaven infecció respiratòria de vies baixes (IRVB) i una clara condensació, 29 (6,5%) presentaven IRVB i condensació dubtosa, 167 (34,9%) tenien IRVB sense infiltrat radiològic, 51 (10,6%) tenien clínica i radiologia compatibles amb insuficiència cardíaca (ICC) (en 30 s'acompanyava de IRVB), 8 (1,6%) van presentar altres patologies respiratòries, 15 (3,1%) altres quadres infecciosos no respiratoris (2 pacients amb meningitis), 12 (2,5%) pacients van presentar immunodepressió greu, en 1 (0,2%) no va quedar clar el motiu de petició i en 3 (0,6%) no es va realitzar radiografia. L'antígen

de pneumococ va ser positiu en 32/478 (6,6%) pacients: en 24/179 (13,4%) IRVB amb clara condensació radiològica, en 3/167 (1,8%) IRVB sense infiltrat radiològic, en 1/30 (3,3%) de les ICC amb IRVB, en 1/2 (50%) de les meningitis i en 3/9 (33%) pacients amb infecció per VIH (2 IRVB sense infiltrat radiològic). L'antigen de pneumococ va ser ininterpretable en 6 IRVB amb condensació (1 d'elles dubtosa) i en 3 IRVB sense infiltrat radiològic. Tots els pacients amb IRVB sense condensació i AgMO per pneumococ positius o indeterminats tenien pneumopatia crònica. Es van realitzar 445 deteccions per L. Pneumophila, sent positiva en 3/147 (2%) de les IRVB amb clara condensació.

DISCUSSIÓ

Els AgMO es van sol·licitar en la nostra mostra en molts pacients que no presentaven condensació radiològica, observant-se un baix rendiment en aquest grup a excepció dels pacients amb meningitis pneumocòcica o infecció per HI. Com es va veure en altres series (Biones 09), en pacients amb pneumopatia crònica i IRVB sense condensació l'AgMO de pneumococ sembla que podria ser útil, tot i que s'ha de considerar la possibilitat de colonització per aquest microorganisme. També coincidint amb altres autors (Benito 03), hem observat que tots els casos amb AgMO positius per Legionella presentaven condensació radiològica. D'altra banda, el major rendiment de l'AgMO de pneumococ que observem en els nostres pacients VIH no s'ha confirmat a la literatura (Boulware 07).

CONCLUSIONS

La pneumònia confirmada radiològicament va ser el motiu de sol·licitar els AgMO en menys de la meitat dels nostres pacients. En la nostra mostra el rendiment dels AgMO en els pacients sense infiltrat radiològic va ser baix. Tots els casos amb AgMO positius per Legionella presentaven condensació radiològica.

A-13 INFECCIÓN POR INFLUENZA H1N1: COMPARACIÓN DE LA COMORBILIDAD EN LOS CASOS CONFIRMADOS Y EN LOS SOSPECHOSOS

V. Moreno, R. Ramírez, O. Araujo, C. De Bonet, F. Cheda, S. Ruiz, M. Tacias, E. Pedrol
Servicio de Medicina Interna. Hospital de Sant Pau i Santa Tecla. Tarragona

OBJECTIUS

Estudiar las características epidemiológicas de los pacientes ingresados en un Servicio de Medicina Interna por sospecha de infección por el virus influenza H1N1 durante la pandemia 2009-2010. Comparar estas características entre los que se confirmó la infección y los que no.

MATERIAL I MÈTODES

Estudio prospectivo, de casos y controles de todos los pacientes ingresados en nuestro servicio por sospecha de infección por el virus influenza H1N1 entre el 15 de Septiembre de 2009 y el 15 de Marzo de 2010. Se elaboró un cuaderno de recogida de datos para tal fin que recogía características epidemiológicas, clínicas, datos de laboratorio, de diagnóstico y tratamiento y era completado por el médico responsable del paciente. Análisis estadístico mediante el paquete SPSS v16 para MAC.

RESULTATS

Se han analizado 68 casos y se confirma la infección en 31 (45,6%). La edad media (DE) de

la muestra es de 52,09 años (18,99) y el 51,5% son hombres. Los casos presentaron menor frecuencia de antecedente de cardiopatía (2,9 vs 10,3% $p < 0,05$), de demencia o enfermedad cerebrovascular (0 vs 5,9%, $p = 0,024$), de inmunosupresión (4,4 vs 7,4%), de anemia (4,4 vs 8,4%), de hepatopatía crónica (2,9 vs 7,4%), de insuficiencia renal (0 vs 1,5%), y de institucionalización (0 vs 2,9%) (p NS). Cuando se analiza la existencia de cualquier antecedente, los casos positivos tenían menor frecuencia de comorbilidad que los controles negativos (25 vs 27,9%, p NS). Los casos tenían con más frecuencia antecedente de diabetes (8,8 vs 2,8%) y obesidad (14,7 vs 5,9%) (p NS). La neumopatía previa no diferenció a los infectados de los no infectados (17,6% vs 16,2% p NS). El 8,8% de la muestra eran gestantes, y todas ellas fueron casos positivos.

CONCLUSIONS

La infección por H1N1 es más frecuente en pacientes con antecedentes de obesidad y diabetes, aunque con una menor frecuencia de comorbilidad global. Las diferencias estadísticamente significativas se producen en cuanto a cardiopatía y demencia o enfermedad cerebrovascular. Estos antecedentes, pues, puede hacernos sospechar la posibilidad de que el cuadro clínico compatible resulte ser por infección por H1N1.

A-16 INFECCIÓN POR INFLUENZA H1N1: DIAGNÓSTICO FINAL Y EVOLUCIÓN DE LOS CASOS CONFIRMADOS Y DE LOS SOSPECHOSOS

V. Moreno, R. Ramírez, O. Araujo, F. Cheda, C. De Bonet, L. Noblia, N. Verseci, E. Pedrol
Servicio de Medicina Interna. Hospital de Sant Pau i Santa Tecla. Tarragona

OBJECTIUS

Analizar la frecuencia de casos graves y la mortalidad de la infección por el virus influenza H1N1 en nuestro medio. Evaluar el diagnóstico final y la evolución de los casos ingresados por sospecha de infección por el virus influenza H1N1 y averiguar las diferencias respecto a los no confirmados.

MATERIAL I MÈTODES

Estudio prospectivo de casos y controles de los pacientes ingresados por sospecha de infección por el virus influenza H1N1 entre el 15 de Septiembre de 2009 y el 15 de Marzo de 2010. Se elaboró un cuaderno de recogida de datos para tal fin que recogía características epidemiológicas, clínicas, datos de laboratorio, de diagnóstico, de evolución y de tratamiento, completado por el médico responsable del paciente. Análisis estadístico mediante el paquete SPSS v16 para MAC. Se consideran diferencias significativas cuando se obtiene $p < 0,05$.

RESULTATS

Se han analizado 68 casos y se confirmó la infección en 31 (45,6%). La edad media (DE) de la muestra es de 52,09 años (18,99) y el 51,5% son hombres. La duración media del ingreso (DE) fue de 6,18 días (3,50). Los diagnósticos finales se muestran en la tabla. H1N1 positivo N 31 H1N1 negativo N 37 Infección de vías respiratorias altas (% del total) - 12,9 Neumonía comunitaria (% del total) 8,1 77,4 Neumonía H1N1 (% del total) 32,4 Gripe H1N1 (% del total) 56,8 Otros diagnósticos (% del total) 2,7 9,7 Total 100 100 Estancia en días [media (DE)] 6,51 (4,28) 5,77 (2,25) Casos con ingreso en UCI (N) 3 1 Exitus (N) 0 1. Se diagnosticó en neumonía en 40 pacientes (16 casos y 24 controles). El estadio FINE más frecuente fue para ambos grupos fue el III (23,9% en los casos y 17,4% en los controles, p NS) sin existir diferencias al aplicar esta escala entre ambos grupos.

CONCLUSIONS

La mayoría de los casos de infección por el virus influenza H1N1 cursaron sin neumonía. Los casos de neumonía por el virus influenza H1N1 requirieron ingreso en UCI con mayor frecuencia que los controles.

Pacient Pluripatològic/ Edat Avançada (EA)

EA-01 PERFIL CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICO DE LOS PACIENTES SUBAGUDOS DEL HOSPITAL SOCIO SANITARI FRANCOLÍ

R. Qanneta¹, N. Martí¹, J. Pi^{1,2}, R. Martínez¹, O. Díaz¹, G. Claret², E. Moltó¹

¹Unidad de Media Estancia, ²Trabajadora Social. Hospital Sociosanitari Francolí. Tarragona

OBJECTIUS

El término de subagudos se suele aplicar a las unidades orientadas a tratar de manera inmediata después de un proceso de hospitalización de agudos uno o más problemas médicos complejos o como alternativa a la hospitalización convencional de procesos claramente diagnosticados. El principal criterio de ingreso es un paciente frágil con enfermedad crónica evolucionada con riesgo, potencialmente recuperable, de deterioro funcional y reagudización de su enfermedad. Describimos una serie de pacientes subagudos ingresados en el HSS Francolí.

MATERIAL I MÈTODES

Estudio observacional prospectivo. Se han incluido aquellos pacientes que han ingresado en el HSS Francolí entre Junio 2010 y Febrero 2011, en forma consecutiva, como subagudos por patología médica procedentes del

H. Universitari Joan 23. Se describen las características epidemiológicas y clínicas y se analizan las complicaciones durante el ingreso así como la destinación y las prestaciones sociales al alta. Se ha realizado el análisis estadístico descriptivo y comparativo mediante el test de Chi Cuadrado con el programa SPSSPC.

RESULTATS

Del total de 65 episodios (63 pacientes con 2 reingresos) admitidos como subagudos; 34 pacientes son hombres y 29 son mujeres. La edad media es de 78.2 años (36-91) y la estancia media es de 19 días (4-60). 29 de los pacientes (45%) han procedido de medicina interna, 27 (41%) de urgencias, 3 (4.6%) de cardiología, 3 de neumología y 3 de neurología. Los diagnósticos principales de ingreso han sido fracaso cardíaco en 18 pacientes (28%), neumonía en 12 (18%), bronquitis crónica agudizada en 10 (15%), infección urinaria en 8 (12%), infección respiratoria en 6 (9%), celulitis en 4 (6%), ICTUS isquémico en 3 (5%), osteomielitis aguda en 2 (3%) y gastroenteritis en 2. El 32% (21) han presentado complicaciones durante la estancia hospitalaria: 6 pacientes (9%) broncoespasmo, 5 (8%) fracaso renal agudo, 3 (4%) infección urinaria nosocomial, 3 efectos secundarios graves (1 hepatitis colestásica por Flutamida, 1 neutropenia por Piperacilina y 1 intoxicación digitalica), 2 (3%) neumonía nosocomial, 2 edema aguda de pulmón, 2 broncoaspiración, 1 (1.5%) hemorragia digestiva y 1 hematoma de brazo.

Todos los pacientes han sido valorados desde el punto de vista social y se ha revisado el grado de dependencia en 22 pacientes con una puntuación media de GII N1. 20 pacientes (31%) han recibido reeducación de la marcha y se ha concedido rehabilitación respiratoria a 7 (11%). Se ha precisado valoración psicológica en 20 pacientes (31%) que resultó normal en 7, deterioro cognitivo en 5, sintomatología depresiva en 4 y ambos en 4. La destinación al alta ha sido a domicilio en el 80% de los pacientes (52) y de los cuales 85.5% con apoyo familiar, al hospital de agudos en el 11% (7), a otras unidades de nuestro centro en el 6% (4 pacientes: 3 a curas paliativas y 1 a convalecencia) y a una residencia social en el 3% (2).

DISCUSSIÓ

Las características clínicas de los pacientes en el estudio que se presenta son similares a los resultados encontrados por otros autores (Rouso et al) quienes han analizado cómo con la implantación de unidades de subagudos se consigue asegurar la continuidad asistencial, reducción de costes, mejora de cuidados y aumenta la probabilidad de retorno a domicilio (superior al 80%) con una estancia media de 16 días. No obstante; hemos observado que la estancia media de los pacientes procedentes de Urgencias (14.6 días) es inferior, probablemente por inicio precoz de rehabilitación, a la de los procedentes de las plantas de agudos (22.8 días).

CONCLUSIONS

1.- La Unidad de Subagudos del HSS Francolí es un buen modelo como franja asistencial intermedia entre la fase aguda hospitalaria y el alta a domicilio, así como alternativa a la hospitalización convencional de los procesos médicos sin necesidad de alta tecnología. 2.- Nuestra unidad ofrece valoración y tratamiento interdisciplinario integral del enfermo frágil que incluye problemas médicos, funcionales, mentales y a nivel social.

EA-04 TOLVAPTÁN EN EL SÍNDROME DE SECRECIÓN INADECUADA DE HORMONA ANTIURÉTICA SECUNDARIO AL TRATAMIENTO CON CITALOPRAM

I. Pinal Fernández, A. Segura García

Servicio de Medicina Interna. Hospitals Vall d'Hebron. Barcelona

OBJECTIUS

La hiponatremia es el trastorno hidroelectrolítico más frecuente de todos. La causa más común de hiponatremia, en pacientes hospitalizados, es el SIADH. Las causas más frecuentes de SIADH son los tumores, enfermedades pulmonares y cerebrales, así como los fármacos. Uno de los grupos farmacológicos que más frecuentemente causa SIADH es el de los ISRS. Los vaptanes son fármacos antagonistas de los receptores de la vasopresina³. Presentamos el caso de un paciente con SIADH secundario a citalopram tratado con Tolvaptán.

MATERIAL I MÈTODES

Paciente de 72 años de edad con un síndrome depresivo en tratamiento con citalopram durante tres semanas al momento del ingreso. Acude a urgencias por caída y episodio convulsivo con movimientos tónico-clónicos de 10 minutos de duración. Su familia refiere un cuadro, de 15 días de evolución, de inestabilidad cefálica y empeoramiento de su agresividad, desorientación y labilidad emocional. El paciente se diagnostica de SIADH, se retira el citalopram y se inicia restricción hídrica. Dado que el paciente, a pesar de la restricción hídrica, continúa presentando clínica y natremias subóptimas, se inicia tratamiento con suero salino hipertónico en perfusión

continua. Durante tres semanas fracasan todos los intentos de retirar el tratamiento con perfusión de suero hipertónico por lo que se decide iniciar tratamiento con Tolvaptán (Samsca®) a dosis de 15mg/día. Con dicho tratamiento se normalizan las cifras de natremia. A la semana de iniciar el tratamiento se realiza ensayo de retirada del fármaco en que el Na⁺ se mantiene en rango de normalidad y la clínica no reaparece. Se decide el alta hospitalaria y a los 4 meses de seguimiento, el paciente continúa presentando cifras de natremia normales.

RESULTATS

Analítica al ingreso.- Na⁺ 126mmol/L (figura 3), osmolaridad plasmàtica 265mOsm/Kg, Osmolaridad urinaria 485mOsm/Kg, Sodio urinario 110mmol/L, TSH 1,57, T4 libre 0,92, ACTH 24pg/mL, Cortisol 14mcg/dL. C craneal.- Moderada atrofia cerebral. TC toracoabdominal.- Bronquiectasias. Hipertrofia prostàtica.

DISCUSSIÓ

En este paciente, a pesar de unas cifras de natremia al ingreso de 126mmol/L, se presentó una clínica que suele verse en pacientes con rango de natremias menor de 115mmol/L. Esto puede explicarse porque, probablemente en un paciente con un deterioro cognitivo de base, el umbral clínico está disminuido. Los ISRS, sobre todo en ancianos, presentan alta prevalencia de SIADH, apareciendo éste tras 6 a 20 días de la administración del fármaco y persistiendo durante 2-30 días después de su retirada. El tolvaptán tiene el SIADH como única indicación aprobada en España desde su introducción el 6/9/2009. Como ventajas presenta su administración oral y alta efectividad y como desventajas, su elevado precio y la necesidad de monitorización de las cifras de natremia en medio hospitalario.

CONCLUSIONS

La hiponatremia es un problema de salud de primer orden, sobre todo en los pacientes hospitalizados. Al administrar ISRS se deberían monitorizar las cifras de natremia, sobre todo al principio del tratamiento. Tras la interrupción del ISRS pueden pasar semanas hasta la recuperación del SIADH. El Tolvaptán es una nueva herramienta para el tratamiento del SIADH. Su uso aún debe ser evaluado para otro tipo de hiponatremias.

EA-05 POLIFARMÀCIA EN UNA UNITAT DE CONVALESCÈNCIA

J. Pi i Sánchez¹, M. Guàrdia Faci¹, L. Veciana Balsebre², R. Qanneta¹, E. Moltó Llerena¹, M. Del Rjo Cueva¹

¹Metge, ²Farmacèutica. Hospital Sociosanitari Francolí. Tarragona

OBJECTIUS

Les unitats de convalescència (CV) són serveis de l'àmbit sociosanitari que donen assistència a pacients principalment (90,1%) donats d'alta des de serveis d'hospitals d'aguts després del corresponent diagnòstic d'una malaltia i tractament, per tal de continuar el mateix i aconseguir una millora de les capacitats perdudes durant l'ingrés per aconseguir el retorn al domicili. Aquests pacients presenten un nombre important de malalties i un tractament múltiple i complex (curatiu, simptomàtic, preventiu o pal·liatiu). La OMS defineix la polifarmàcia com la utilització de més de 3 fàrmacs de manera continuada. Ens proposem avaluar la polifarmàcia en una unitat de convalescència.

MATERIAL I MÈTODES

Registre de la medicació dels pacients ingressats en la unitat de CV de l'HSS Francolí de Tarragona el dia 17/03/2011. Descriptiu de la mostra (sexe, edat, dies d'estada fins el dia del tall, diagnòstic d'ingrés). Distribució dels fàrmacs segons el nombre/pacient i el grup farmacològic seguint la classificació ATC (destaquem els 21 principals). No s'han tingut en compte els fàrmacs a demanda ni els d'utilització tòpica.

RESULTATS

Els dia del tall restaven ingressats a la unitat de CV 102 pacients, 41 homes i 61 dones. Edat mitjana de 78,9 anys. Mitjana d'estada des de l'ingrés: 46 dies. Motius d'ingrés principals: Post cirurgia traumatològica 25%, post AVC 17%, descompensació de M. respiratòria 16%, continuïtat de tractament de procés infeccions 7%. La mitjana de fàrmacs/pacient ha estat de 9,1 amb un mínim de 3 i un màxim de 17; la moda de fàrmacs/pacient és de 10. Per grups farmacològics hem comptabilitzat (ordre descendent en nombre de pacients i %): A02-antiàcids/antiflat. i antiúlcer a pèptica 91(89,2%); B01-antitrombòtics 81(79,4%); N02-analgèsics 68(66,6%); N05-psicolèptics 55(53,9%); C03-diurètics 46(45,1%); A06-laxants 43(42,2%); R03-antiasmàtics 40(39,2%); N06-psycoanalèptics 36(35,3%); C01-cardioteràpia 34(33,3%); C09-fàrmacs actius en sist. renina-angiotensina 31(30,4%); R05-antigrípals/antitussígens 24(23,5%); A10-antidiabètics 21(20,6%); C08-bloc. de canals de calci 21(20,6%); C10-hipolipemians 21(20,6%); A12-supl. minerals 20(19,6%); H02-corticosteroides sistèmics 20(19,6%); B03-antianèmics 19(18,6%); J01-antibacterians sistèmics 19(18,6%); A11-vitamines 13(12,7%); N03-antiepilèptics 13(12,7%); C07-betablocadors adrenèrgics 12(11,8%).

DISCUSSIÓ

Molt pacients ancians es beneficien del tractament farmacològic de les malalties que presenten, per altre part nombroses. La definició de polifarmàcia de la OMS no té en compte aquesta situació. Es veritat que el major nombre de fàrmacs augmenta el risc de reaccions adverses i l'anomenada "cascada farmacològica" que pot comportar la prescripció inadequada de nous fàrmacs, però entenem que no es pot produir una subutilització de tractaments front aquests pacients. El grup de fàrmacs més freqüent ha estat el de antiàcids/antiflatulents i antiúlcer a pèptica. Això fa pensar en una sobreutilització protectora d'aquest grup.

CONCLUSIONS

-La definició de polifarmàcia de l'OMS entenem que no es aplicable en la valoració dels tractaments d'una unitat de convalescència. -Per comprovar l'adequació del tractament en persones ancianes seria millor la utilització dels criteris STOPP/START. -Cal disposar d'una guia d'utilització del grup de fàrmacs antiàcids/antiflatulents i antiúlcer a pèptica per evitarla sobreutilització. -Es recomanable una estreta coordinació amb el servei de farmàcia per la millora de la qualitat de la farmacoteràpia i de la seguretat del pacient.

EA-08 PREVALENCIA DE LES SÍNDROMES GERIÀTRIQUES EN LA POBLACIÓ D'EDAT AVANÇADA

G. De Febrer Martínez¹, R. Solà Alberich², A. Cortiella Masdeu³, V. Arija Val²

¹Àrea Sociosanitària, ²Servei de Medicina Interna. Hospital Universitari Sant Joan de Reus. Reus (Tarragona)

³Servei de Medicina Interna. Hospital Sociosanitari Francolí. Tarragona

OBJECTIUS

Conèixer la prevalença de les síndromes geriàtriques en la població de 65 anys i més, no institucionalitzada.

MATERIAL I MÈTODES

Mostra representativa d'una població (n:450 persones), obtingudes de forma aleatòria i estratificada per edat (65-79 anys i més i 80 anys i més) i gènere del cens de la Ciutat (Reus). Es van realitzar entrevistes al domicili del participant incloent la valoració de la funció cognitiva (qüestionari de Pfeiffer), l'estat d'ànim (l'escala de depressió de Yesavage), la situació de risc nutricional, Capacitat funcional (Escala de Barthel i Índex de Lawton) i les síndromes geriàtrics es van interrogar de forma directa o a partir dels diferents resultats de les escales aplicades.

RESULTATS

Síndromes geriàtriques: Deteriorament cognitiu: 21,8% (18,0-25,6). Alteració de la mobilitat: 20% (16,3-23,7). Risc nutricional: 20% (16,3-23,7). Incontinència d'orina: 20% (16,3-23,7). Dèficits de visió: 33,3% (28,9-37,7). Dèficits d'audició: 32,2% (28,8-37,6). Polifarmàcia (3 o més fàrmacs): 39,1% en els homes i 49% en les dones. Caigudes: En les dones de 65 a 79 anys tenen una prevalença del 14% i en les de més edat d'un 15,6%. En els homes és d'un 3,9% en el grup més jove i arriben a un 10,2% en el grup de més edat.

DISCUSSIÓ

Les síndromes geriàtriques presenten prevalences semblants a les trobades en la literatura. L'alteració de la mobilitat es troba al voltant d'un 10-30% o la incontinència d'orina en un 20%, entre altres, i augmenten totes elles de forma significativa amb l'edat. La prevalença de caigudes ha sigut del 16%, inferiors a les dades que aporta la literatura que s'aproxima a un 30% (una caiguda al darrer any). Però cal matissar que nosaltres preguntàvem si la persona havia caigut més de tres vegades en el darrer any. Les caigudes són més prevalents en les dones ($p < 0,01$) respecta els homes. Augmenten amb l'edat, però tenen tendència a igualar-se amb l'edat.

CONCLUSIONS

Les caigudes són menys prevalents en els homes però tenen tendència a igualar-se respecta la dona amb l'edat. La polifarmàcia augmenta amb l'edat però només de forma significativa en els homes. Les síndromes geriàtriques són més prevalents en les dones de més de 80 anys.

Gestió Clínica (G)

G-02 CONSTANTES VITALES. UNA OPORTUNIDAD PARA MEJORAR LA CALIDAD Y SEGURIDAD EN PACIENTES AMBULATORIOS DERIVADOS URGENCIAS DE MEDICINA INTERNA

A. Marquès Vilallonga, S. Aranda Rodríguez, E. Trallero Araguás, M. Durán Taberna, M. Biosca Gómez de Tejada, E. Domingo Baladrach, S. Romero Benito, C. Casellas Montagut
Servicio de Medicina Interna. Urgencias. Hospital Vall d'Hebron. Barcelona

OBJECTIUS

En la práctica asistencial, las constantes vitales (CV) son uno de los principales elementos de la evaluación inicial y de seguimiento del paciente, especialmente si padece patología que precisa ser atendida en un servicio de urgencias hospitalario (SUH). Su presencia en el informe es especialmente importante cuando el paciente es derivado desde un nivel asistencial básico a otro de mayor complejidad. Nuestro objetivo es evaluar la presencia o ausencia de las CV en una muestra de informes de derivación, desde un ambulatorio a un SUH, de pacientes con patología moderadamente grave o muy grave, del campo de la medicina interna.

MATERIAL I MÈTODES

Analizamos una muestra de 42 informes consecutivos, de derivación de pacientes con sospecha de patología grave o muy grave. Cuantificamos la presencia de las 4 constantes vitales clásicas, más la saturación arterial de oxígeno por pulsioximetría (SpO2) y el nivel de conciencia, valorado con la Escala de Coma de Glasgow (GCS).

RESULTATS

De las 4 CV clásicas, la temperatura y frecuencia respiratoria son las menos documentadas en los informes de derivación (sólo en el 38% y 16%, de los informes respectivamente), la última, FR, de forma estadísticamente significativa respecto las otras tres (OR 8.7 (IC: 3.6-21.2)). Por otro lado, la SpO2 está incluida en el 55% de los informes y la GCS sólo consta en uno.

DISCUSSIÓ

Esta falta en la sistemática habitual, por la que no siempre se evalúan todas las constantes (especialmente la FR), ya ha sido observada por otros autores (en estudios realizados con otros objetivos) tanto en servicios de urgencias como en otras unidades (hospitalización, ambulatorio...) por parte de internistas, neumólogos, médicos de familia u otros especialistas.

CONCLUSIONS

Deseamos resaltar que, por su fácil determinación y la gran información clínica y pronóstica que aportan, documentar las 4 CV, sin olvidar la FR y añadiendo la SpO2 y la GCS, es una oportunidad para mejorar la calidad asistencial y la seguridad del paciente en la valoración clínica urgente. Estos datos nunca deben faltar en los informes de nuestros enfermos, especialmente cuando son derivados a otros niveles asistenciales.

Inflamació/ Malalties Autoimmunitàries (IF)

IF-01 ESPECTRO CLÍNICO Y FENÓMENOS COMÓRBIDOS ASOCIADOS EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON SÍNDROME DE FATIGA CRÓNICA

R. Qanneta, M. Poveda, S. Castro, A. Castel, J. Agullar, E. García, R. Fontova
Unidad Funcional de Fatiga Crónica. Hospital Universitari de Tarragona Joan XXIII. Tarragona

OBJECTIUS

El Síndrome de Fatiga Crónica (SFC) es una entidad heterogénea de cansancio incapacitante de nueva aparición, evaluada e inexplicada clínicamente, de al menos 6 meses de duración. El diagnóstico es complejo y por exclusión de otras condiciones de fatiga patológica. Describimos las características clínicas y desordenes asociados en una serie de pacientes diagnosticados del SFC.

MATERIAL I MÈTODES

Estudio transversal y descriptivo, incluyendo de manera consecutiva a los pacientes mayores de 16 años que consultaron por FC entre Septiembre 2010 y Febrero 2011. Se han aplicado los criterios de Atlanta 1994 del SFC. Se han analizado las características epidemiológicas y clínicas así como el tratamiento, la escala de impacto de fatiga (EIF) y los fenómenos comórbidos asociados (FCA). Se ha realizado el análisis estadístico descriptivo y comparativo mediante el test de Chi Cuadrado con el programa SPSSPC.

RESULTATS

Del total de 51 pacientes evaluados por FC: 32 han cumplido los criterios del SFC, 15 se han diagnosticado de FC secundaria y 4 de FC idiopática. De los pacientes con FC secundaria: 8 por trastorno psiquiátrico, 5 por enfermedad autoinmune sistémica (2 síndrome de Sjögren primario, 2 polimialgia reumática y 1 LES), 1 por SAHOS y 1 por cirrosis. Respecto a los pacientes con SFC: la distribución por sexo es de 31/1 de predominio femenino y la edad media de inicio de síntomas es de 43.6 años (18-58). 21 pacientes (68%) son trabajadores especializados y la situación laboral es activa en 11, de baja 12 y de invalidez 9. Como posibles factores desencadenantes: estrés psíquico en 10 pacientes (31%), proceso infeccioso en 8 (25%), exposición tóxica en 3 (9%), traumatismo en 3 e indeterminado en 8 (25%). El inicio ha sido insidioso en 19 pacientes (60%). La evolución es continua en 26 pacientes (82%) y en forma de brotes en 6 (18%). El 100% de los pacientes (32) han presentado sintomatología muscular y cognitiva, el 94% (30) neurovegetativa, poliartalgias y somnopatía y el 84% (26) cefalea recurrente. Como FCA se destaca síndrome seco en 30 pacientes (97%), dislipemia en 21 (66%), Fibromialgia en 21, hipersensibilidad química múltiple en 10 (32%), tiroiditis autoinmune en 7 (22%), alergia al níquel en 6 (19%), colon irritable en 5 (16%), síndrome piernas inquietas en 5, rinosinusitis en 5, celiaquía en 3 (10%), cistitis intersticial en 3, síndrome miofacial en 3 y colitis linfocitaria en 1 (3%). El tratamiento adoptado ha sido terapia cognitivo conductual y ejercicio regulado en 18 pacientes (56%), analgésicos en 17 (55%), psicótropos en 14 (45%), antioxidantes en 9 (29%) y hidroaltesona en 4 (13%). Se ha evaluado la EIF mediante el KFS con una puntuación media del 65% y la escala de ansiedad y depresión con una puntuación media A 7.5 / D 9.7

DISCUSSIÓ

La prevalencia de los datos obtenidos en la muestra que se presenta es similar a la descrita en la literatura por otros autores (J. Alegre et al). Es frecuente que el paciente con el SFC presente sintomatología adicional durante su evolución que suele corresponder a la overlap de otros FCA que favorece la teoría posviral asociada a disfunción neuroendocrinoinmune. El síndrome seco, como FCA más prevalente en nuestra muestra, es multicausal de origen autoinmune asociado a la aberrancia inmunoalérgica propia del SFC y/o a otros FCA o no autoinmune asociado a la exocrinopatía por fármacos con capacidad xerogénica. No se ha evidenciado que el tratamiento module el curso natural de la enfermedad. Sin embargo, se puede ofrecer tratamiento sintomático y/o de apoyo psicológico y rehabilitador.

CONCLUSIONS

1.- El cuadro clínico epidemiológico de los pacientes del SFC en el Camp de Tarragona es similar al descrito en la literatura. 2.- En el SFC es imprescindible un manejo interdisciplinar, un seguimiento periódico para la detección precoz de FCA y una valoración psicopatológica mediante escalas autoaplicadas.

IF-02 IMPORTÀNCIA DELS PRODUCTES HERVARIS COM AGENTS CAUSALS D' HEPATITIS AGUDA: UN PRODUCTE NATURAL NO INOFENSIU

J. Ruiz Izquierdo, G. De la Red Bellvis, B. Batalla Insenser, L. Macías Cardona, Y. Loza Medrano, I. González Prieto, C. Molinos Carrasco, M. Torres Salinas
Servicio de Medicina Interna. Fundació Hospital de l'Esperit Sant. Barcelona

OBJECTIUS

Descriure els casos d' hepatitis tòxica per productes hervaris recollits al nostre hospital, amb el propòsit d'informar sobre els efectes adversos dels esmentats compostos.

MATERIAL I MÈTODES

Descripció dels casos d'hepatitis aguda causada per productes hervaris, que han ingressat en un Hospital comarcal de l'àrea metropolitana de Barcelona en un període de tres anys.

RESULTATS

Presentem 3 casos d'hepatitis tòxica amb elevada probabilitat d'èsser causades per productes hervaris en les escales de causalitat de CIOMS i Maria & Victorino. CAS 1. Dona de 56 anys amb antecedents d'asma, hipertensió i dislipèmia, que ingressa per icterícia i alteració del perfil hepàtic (Bi 8.94mg/dl, GOT 2215U/L, GPT 1798U/L, GGT 858U/L, FA 539U/L, T. protrombina 57%). L'ecografia va mostrar litiasi vesicular, amb colangio-RM normal. Sota la sospita d'hepatitis autoimmune, es va fer punció-biòpsia hepàtica (PBH) suggestiva. Al tornar a preguntar va referir ingesta 3 mesos previs de herbes (*Taraxacum officinalis*, *equisetum arvense*, *Cynara Scolymus*, German Chamomile, *Fumaria officinalis*). Als 6 mesos l'anàlítica es va normalitzar. CAS 2. Dona de 58 anys. Antecedents de fibromiàlgia, dislipèmia i coledocolitiasi, en tractament amb loracepam, duloxetine, amitriptilina i compost per perdre pes 5 mesos abans (*Betulla alba*, *Equisetum arvense*, *Zea mays*, *agropyrum repens*). Ingressà per epigastralgia i vòmits, amb alteració analítica (Bi 3.7mg/dl, GOT 847U/L, GPT 772U/L, GGT 308U/L, FA 322U/L, T. protrombina 88%). Serologies, immunologia, ecografia i colangio-RM normals. Es va orientar com hepatitis tòxica per herbes: als 5 mesos presentava normalitat en l'anàlítica. CAS 3. Dona de 38 anys que ingressa per icterícia, prurigen, colúria i acolia, amb Bi 16.5mg/dl, GOT 50U/L, GPT 58U/L, GGT 24U/L, FA 99U/L, T. protrombina 100%, sense hemolisis. Ecografia, serologies, immunologia i colangio-RM normals. Es va iniciar fenobarbital davant la sospita de Crigler-Najjar, sense resposta. La PBH, mostrava hepatitis tòxica i la pacient va reconèixer posteriorment la presa d'infusions diurètiques (cua de cavall, camamilla i anís) dues setmanes abans, amb posterior resolució del cuadro en 5 mesos.

DISCUSSIÓ

Al nostre entorn, hem observat un increment dels casos de toxicitat per productes hervaris als darrers anys, en forma d'hepatitis aguda. Resulta difícil arribar a un diagnòstic de causalitat, donat que molts pacients, prenen habitualment més d'un fàrmac potencialment hepatotòxic, i no es pregunta de rutina sobre la presa d'aquests productes, al ésser considerats històrica i culturalment teràpies naturals inofensives. Els casos d'hepatotoxicitat per herbes, poden ser greus, representant fins a un 50% de les hepatitis fulminants que requereixen transplantament hepàtic. Els tres casos que vàrem observar eren dones i totes van tenir bona evolució amb resolució completa. Tots varen presentar colestasi amb major o menor grau de citòlisi i un va cursar amb insuficiència hepàtica. Es va realitzar PBH en dues pacients en les que no es va recollir en l'anàlisi el consum de productes hervaris.

CONCLUSIONS

1.- Els productes dietètics considerats naturals no són inocus, podent ser responsables d'hepatitis aguda potencialment greu. 2.- És important incidir sobre la ingesta de productes herbaris als casos d'hepatitis aguda de causa no filiada, la qual cosa permetria arribar al diagnòstic sense la necessitat de biòpsia hepàtica. 3.- És important comunicar els casos d'hepatitis relacionats amb el consum d'herbes, per fer-los més ben coneguts tant per part dels facultatius, como per part dels pacients.

Varis (V)

V-01 PARALISIS OCULOMOTORA DE ORIGEN TUMORAL COMO FORMA INUSUAL DE PRESENTACIÓN CLÍNICA A PROPÓSITO DE TRES CASOS

R. Qanneta¹, N. Martí¹, A. Cortiella¹, M. Guardia², E. Moltó¹

¹Unidad de Media Estancia, ²Unidad de Cuidados Paliativos. Hospital Sociosanitari Francolí. Tarragona

OBJECTIUS

La etiología de la parálisis oculomotora podría ser traumática, vascular, infecciosa, autoinmune o tumoral. Los síntomas y/o signos cardinales son diplopía, ptosis palpebral, proptosis y dolor ocular. Presentamos tres casos, por su interés clínico radiológico, de parálisis oculomotora de causa tumoral como primera manifestación clínica.

MATERIAL I MÈTODES

Revisión descriptiva de tres casos de parálisis oculomotora de causa tumoral.

RESULTATS

Caso 1: Paciente varón de 67 años de edad. Entre los antecedentes relevantes tabaquismo activo y tuberculosis pulmonar con tratamiento tuberculostático completo en 2007. Ingresa por clínica súbita de 48 horas de evolución de diplopía, ptosis palpebral, hipoestesia periorbitaria y dolor ocular izquierdos. La exploración evidencia índice de masa corporal de 16; proptosis y parálisis oculomotora izquierda completa; no adenopatías periféricas palpables. Tacto rectal por prostatismo objetiva aumento de próstata de consistencia pétreo. Análisis de sangre completa destaca VSG 67 mm, Hgb 9 gr/dL, fosfatasas alcalinas 336 U/L y PSA 8439 ug/L. RM craneal (Fig.1): lesión pobremente delimitada en el vértice orbitario izquierdo. Body TC (Fig.2): próstata aumentada heterogénea con invasión locoregional y diseminación ósea metastásica osteoblástica costal, dorsolumbar y pélvica. Diagnóstico: Metástasis Orbitaria Secundario a Carcinoma de Próstata Metastásico. Caso 2: Paciente mujer de 65 años de edad. Sin antecedentes importantes. Consulta por clínica súbita de horas de evolución de cefalea intensa hemicráneo izquierdo, visión doble y neuralgia del trigémino ipsilateral. La exploración evidencia diplopía binocular sin otra focalidad neurológica ni signos meníngeos. Análisis de sangre y radiología torácica normales. RM craneal (Fig.3): tumoración extraaxial infratentorial hipercaptante del contraste paramagnético con áreas de depósito cálcico que ocupa el ángulo pontocerebeloso izquierdo. Diagnóstico: Meningioma Petroclival. Caso 3: Paciente mujer de 79

años de edad. Entre los antecedentes destaca hipertensión arterial y diabetes mellitus. Ingresar por convalecencia consecutiva a osteosíntesis femoral. Presenta cefalea hemicráneo derecho de 4 días de evolución que se asocia en las últimas horas de dolor ocular y ptosis palpebral ipsilateral. La exploración evidencia parálisis total del tercer par craneal. Análisis de sangre destaca VSG 113 mm, Hgb 9 gr/dL, TSH 0.1 mUI/l, T4L normal, prolactina 55 mUI/l, ACTH 9 pg/ml y cortisol 649 nmol/l. Radiología torácica normal. RM craneal (Fig.4): masa intraselar con componente hemorrágico, invasión del seno cavernoso derecho y extensión supraselar hasta llegar al quiasma óptico. Diagnóstico: Macroadenoma HipoFisario.

DISCUSSIÓ

La parálisis oculomotora de causa tumoral se agrupa en primaria, secundaria por vecindad o metastásica. Es bien conocido que las neoplasias que más frecuentemente producen metástasis orbitarias en los adultos son los carcinomas mamario (40%) y prostático (10%). Excepcionalmente el cáncer de próstata puede debutar con metástasis orbitaria (18 casos descritos en la literatura; Bonilla et al), la supervivencia se estima en 16 meses (Olivier et al) y habitualmente muestra predilección por el hueso orbitario como es el primer caso que presentamos. La parálisis oculomotora secundaria, como son los otros dos casos, pudiera ser por efecto masa con proptosis o funcional por compresión de estructuras neurales y vasculares adyacentes.

CONCLUSIONS

1.- El manejo de la parálisis oculomotora es multidisciplinar y el clínico debe guiarse por una minuciosa evaluación clínica y analítica para el diagnóstico diferencial. 2.- La Resonancia Magnética es la técnica de imagen de elección para el despistaje diagnóstico entre tumor orbitario primario, secundario o metastático.

V-02 FRACTURAS COSTALES Y TOS, UNA ASOCIACIÓN CASI OLVIDADA

R. Donea¹, M. Mauri Pont¹, M. Somoza González², G. Martínez Alpín¹, M. Prats Julià¹, A. Colume Argemí¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Neumología. Hospital de Terrassa. Terrassa (Barcelona)

OBJECTIUS

Análisis descriptivo de pacientes ingresados por fracturas costales debidas a accesos de tos

MATERIAL I MÈTODES

Revisamos la historia clínica, exploración física y pruebas complementarias de los pacientes ingresados por este motivo entre 2007-2009.

RESULTATS

Se registraron cuatro casos. Todos eran varones, de edad 47,5+/-8,8 años e índice de masa corporal de 39,3+/-10,78kg/m². El motivo de consulta fue: en un caso dolor torácico agudo en relación a la tos; en otro, aparición de un hematoma torácico y en los dos restantes disnea. Todos presentaron tos y dolor torácico durante las tres semanas anteriores. Tres (75%) eran fumadores, uno diagnosticado de EPOC en tratamiento con corticoides inhalados. La radiografía de tórax sólo evidenció la fractura en un caso mientras que en los 3 restantes se diagnosticó mediante una tomografía axial computerizada torácica. Esta exploración se practicó

para descartar otras patologías debido a la existencia de hematoma subcutáneo y derrame pleural con exudado serohemático. Dos pacientes (50%) con complicaciones locales torácicas presentaron insuficiencia respiratoria al ingreso, aunque sólo en el paciente con EPOC cursó con acidosis e hipercapnia. Todos presentaron una sola fractura, tres pacientes en la octava costilla y el 4ª en la séptima.

DISCUSSIÓ

Las fuerzas mecánicas que ejercitan los músculos serrato anterior y oblicuo externo juegan un papel importante en la fisiopatología de las fracturas costales provocadas por la tos. En los hombres jóvenes y corpulentos con la musculatura preservada, éste podría ser el mecanismo que facilita la producción de la fractura costal, similar al descrito para explicar las fracturas espontáneas que a veces se producen en deportistas de competición que practican remo.

CONCLUSIONS

Existe un bajo índice de sospecha clínica de fractura costal en relación a la tos si ésta no es visible en la radiografía simple. En nuestra serie los varones de edad media con sobrepeso/obesidad, son el perfil de paciente en riesgo de desestabilización mecánica del tórax por los movimientos bruscos y repetitivos de la tos. Las complicaciones observadas fueron: hematoma local, derrame pleural e insuficiencia respiratoria.

V-03 IMPACTO DE LAS HOJAS DE INTERCONSULTA A MEDICINA INTERNA, EN 2010, EN UN HOSPITAL COMARCAL: ¿HACEMOS LO CORRECTO?

E. Castellar Otín¹, J. Santaliestra Grau², G. De los Santos Martínez², C. Piqueras Serrano³
¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Medicina FyC. Hospital de Barbastro. Barbastro (Huesca)

³Servicio de Medicina Interna. Hospital de Alcañiz. Alcañiz (Teruel)

OBJECTIUS

Evaluar el impacto de las hojas de interconsulta en el servicio de Medicina Interna de un hospital comarcal, y valorar si tanto los servicios remitentes de la consulta como nuestro propio servicio hemos actuado con efectividad.

MATERIAL I MÈTODES

Se ha analizado la actividad realizada mediante hojas de interconsulta dirigidas al servicio de medicina interna, de un hospital comarcal, durante el año 2010. Se han documentado el servicio de origen de la consulta, el mes, el motivo de consulta, si ha requerido seguimiento posterior parte de MI, y el porcentaje de pacientes hombres y mujeres, y la edad.

RESULTATS

Han sido atendidas un total de 81 consultas. Los servicios quirúrgicos prevalentes han sido Cirugía General con 25 consultas, y Traumatología con 24 consultas; se han recibido 11 consultas de Urología, 5 de ORL, 4 de Cardiología, 3 de Hematología, 3 de Neurología, 2 de Ginecología, 2 de Neumología y 1 de Urgencias. El porcentaje de pacientes hombres que han precisado consulta ha sido 38%, frente a 35% de mujeres. El motivo de consulta mayoritario ha sido control de la glucemia (14%), seguido de disnea (9%) fiebre (8%), y alteración del nivel de consciencia (6%); con menos frecuencia, hipertensión (5%), taquicardia (3%), anemia (2%) e

hipertransaminasemia (2%); otros motivos han ocupado el 25%. Los meses que más consultas se han cursado son Junio (12) y Noviembre (10), seguido de Marzo (9), Mayo (9), Enero (7) y Agosto (7). El 87.2% de las consultas no han precisado control posterior, y el 12.8% de las consultas han precisado seguimiento o ingreso a cargo de medicina interna. Las consultas se han respondido en horario de mañana y en el mismo día de la consulta.

DISCUSSIÓ

El médico Internista es capaz de reconocer y abordar de manera global la pluripatología y comorbilidad asociadas a los pacientes quirúrgicos, y existen varios estudios que avalan la conveniencia y/o adscripción de los internistas como consultores en servicios quirúrgicos, dado que se trata de pacientes que presentan más complicaciones y más severas. Las hojas de consulta representan una carga obvia de trabajo para un servicio, y es recomendable que se establezcan unas normas, tanto para alcanzar un mejor control del paciente, como para un mejor entendimiento entre consultor y consultado. Tanto el servicio de origen como el motivo de consulta más frecuentes coinciden con la mayoría de la bibliografía consultada. En nuestro hospital, un hospital comarcal, la carga asistencial de las interconsultas se centra en el servicio de cirugía general y de traumatología, a pesar de que este último tiene un geriatra adscrito como consultor de patología médica, y dicha carga supone un trabajo no despreciable en la actividad diaria de un internista.

CONCLUSIONS

1. La visión global del internista beneficia de manera clara a los pacientes pluripatológicos ingresados en servicios quirúrgicos. 2. Se puede y se debe evaluar la carga asistencial que generan las interconsultas de otros servicios a medicina interna, especialmente en un hospital comarcal, donde no se dispone de medios humanos suficientes para adscribir un internista a otros servicios, especialmente quirúrgicos. 3. Es recomendable establecer normas y protocolos que faciliten la comunicación, escrita y verbal, entre médicos consultores y consultados.

Motivos de consulta y Servicios de origen (V-03)

MOTIVO CONSULTA	glicemia	disnea	fiebre	nivel consciencia
SERVICIO DE ORIGEN	cirugía general	traumatología	urología	ORL

V-05 MANEJO DE LA PANCREATITIS AGUDA EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA, DURANTE 2010, EN UN HOSPITAL COMARCAL: SERIE DE 23 CASOS

E. Castellar Otín¹, J. Santaliestra Grau², C. Piqueras Serrano³

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Medicina FyC. Hospital de Barbastro. Barbastro (Huesca)

³Servicio de Medicina Interna. Hospital de Alcañiz. Alcañiz (Teruel)

OBJECTIUS

Planteamos nuestro estudio para poder evaluar el manejo de las pancreatitis aguda en un servicio de Medicina Interna de un hospital comarcal, y valorar las características epidemiológicas, clínicas y analíticas de los pacientes ingresados con esta patología en nuestro servicio.

MATERIAL I MÈTODES

Se recogieron los casos con diagnóstico de pancreatitis aguda en el informe de alta durante el año 2010 en nuestro servicio, de manera retrospectiva, mediante revisión de informes, historia clínica y base de datos hospitalaria. Se evaluaron características epidemiológicas (sexo, edad), comorbilidad asociada (>2 patologías), etiología, nivel de transaminasas, criterios de gravedad (distress respiratorio, deterioro hemodinámico o fracaso multiorgánico) y/o ingreso en UCI, complicaciones (pseudoquistes, abscesos, necrosis, nutrición parenteral) y necesidad de cirugía. Se incluyeron los criterios de clasificación de Balthazar según imágenes de TC.

RESULTATS

Se documentaron un total de 23 casos de pancreatitis aguda atendidos en Medicina Interna durante un año. La edad media fue de 59 años (20 a 92), siendo 17 hombres (73%) y 6 mujeres (26%). Más de la mitad de pacientes (52%) presentaba comorbilidad (>2 patologías) asociada. Respecto a la etiología, 5 casos eran por enolismo (21%), 4 era hipertrigliceridemia (17%), 4 biliar (17%, 50% hombres y 50% mujeres), y en 10 casos (43%) no se llegó al diagnóstico etiológico. En sólo 9 casos (39%) la GOT estaba elevada, y el resto presentaban perfil hepático normal. 4 de los pacientes (17%) presentaron criterios de gravedad, pero sólo 1 fue trasladado a UCI, y un paciente fue exitus. En 9 casos (39%) se objetivó aparición de pseudoquistes en el TC de control. Ningún paciente precisó intervención quirúrgica durante el ingreso.

DISCUSSIÓ

La mayoría de los pacientes ingresados con pancreatitis aguda en nuestro servicio son pacientes no ancianos, con episodios leves o moderados; llama la atención que ninguno precisó cirugía durante el ingreso, a pesar de que nueve de ellos tenían pseudoquistes y algunos incluso criterios de gravedad según las escalas clásicas. Respecto a la etiología, cabe destacar que, a pesar de que un 43% fue idiopática, en los que se identificó la causa casi la mitad eran por enolismo y por hipertrigliceridemia, causas potencialmente evitables, y así se hizo hincapié en explicar al paciente al alta. El manejo habitual de una pancreatitis aguda puede ser llevado a cabo igualmente por Cirugía General que por Medicina Interna, pero el motivo de nuestro estudio era precisamente valorar el manejo de dicha patología desde la perspectiva médica, ya que en un hospital comarcal, generalmente (de acuerdo con bibliografía consultada), es en el servicio de Medicina Interna donde ingresan estos pacientes.

CONCLUSIONS

1. El manejo habitual de la pancreatitis aguda puede ser llevado a cabo con éxito en un servicio de Medicina Interna, especialmente en hospitales comarcales. 2. La mayoría de los pacientes ingresados en nuestro estudio son hombres menores de 65 años, con pancreatitis de origen idiopático, leve o moderada, y que evolucionan de forma favorable. 3. En los casos en los que se identifica la causa, la etiología subyacente es potencialmente evitable, y es recomendable insistir en ello a los pacientes, y proporcionar ayuda al alta para conseguirlo.

Pancreatitis aguda. Epidemiología (V-05)

EDAD	COMORBILIDAD	ETIOLOGÍA	GRAVEDAD	COMPLICACIONES
59 (73% hombres)	52%	43% idiopática 21% enol 21% biliar	17%	39% (pseudoquistes)

V-06 CURSO CLÍNICO Y EVOLUCIÓN DE LA FIEBRE EN PACIENTES CON FIEBRE DE ORIGEN DESCONOCIDO DE ETIOLOGÍA NO FILIADA

C. Arauco Mejia, F. Fernandez Monras, R. Salas Campos
Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitari Sagrat Cor. Barcelona

OBJECTIUS

La fiebre de origen desconocido (FOD) de etiología no filiada tras la hospitalización y realización de protocolos diagnósticos para su estudio, representa una entidad clínica no muy infrecuente en los Servicios de Medicina Interna permaneciendo poco conocido el curso clínico de la enfermedad y la fiebre tras el alta hospitalaria. Nosotros describimos el curso clínico y la evolución de la fiebre en los pacientes diagnosticados de FOD de etiología no filiada, durante y tras el alta hospitalaria.

MATERIAL I MÈTODES

Estudio observacional retrospectivo en el que se revisaron las historias clínicas de la base de datos del Servicio de Medicina Interna del HUSC, de los pacientes que tras su ingreso hospitalario fueron diagnosticados de FOD durante los años 2002 al 2011. Tras la selección de 13 pacientes que reunieron los criterios diagnósticos de FOD (criterios de Durack & Street -1991), se recogieron variables sociodemográficas, clínicas, de imagen y de laboratorio durante dicho ingreso y durante el tiempo posterior al alta hasta la desaparición de la fiebre. Los datos fueron ingresados y clasificados informáticamente en el sistema Excel-Office 2009. Se realizó un análisis estadístico descriptivo para todas las variables.

RESULTATS

El estudio comprendió un total de 13 pacientes, 9 hombres y 4 mujeres, siendo la edad promedio de 63 años (entre 16 y 87 años). Durante la hospitalización, ante la ausencia de diagnóstico etiológico de la FOD, se inició tratamiento empírico (de prueba) con corticoides en 6 pacientes. En 4 casos, antitérmicos y AINEs. En 1 caso se inició tratamiento tuberculostático. En 2 casos, tras autolimitarse la fiebre durante el ingreso, no se administró ningún tratamiento. Durante el seguimiento posterior al alta sólo se estableció el diagnóstico definitivo en dos casos: Una arteritis de la temporal confirmada por biopsia y un caso de hemorragia alveolar difusa confirmado por estudio del BAS mediante fibrobroncoscopia y biopsia. El resto de casos permanecieron sin diagnóstico. La duración de la fiebre, desde su aparición hasta el momento del alta fue de 40.5 días (21 a 75 días). La duración total de la fiebre (promedio) fue de 102 días (21 a 783 días) (mediana: 33 días). En cuanto a la evolución de la fiebre tras el alta, 10 de los 13 pacientes (77%) se mantuvieron con apirexia al momento del alta y sin recidiva posterior. En estos casos, la desaparición de la fiebre sucedió de forma espontánea (3 casos), tras tratamiento con AINEs (1 caso), después del tratamiento corticoide (5 casos) ó tras el específico-TBC (1 caso). Tres pacientes persistieron con fiebre tras el alta, dos de ellos por un período de tiempo menor o igual a 1 semana (uno de ellos tras tratamiento corticoide) y sólo uno, permaneció con fiebre intermitente por un período aproximado de dos años, remitiendo luego de forma espontánea. En nuestro seguimiento, ningún paciente falleció debido a la FOD ó a procesos relacionados con ella.

DISCUSSIÓ

Nuestros datos muestran que la FOD de etiología no filiada generalmente obedece a causas benignas y muchas veces es autolimitada, con un bajo índice de morbimortalidad a largo plazo, lo que coincide con lo publicado en otras series. Por otro lado, el tratamiento empírico con corticoides puede ser muy eficaz en pacientes seleccionados siempre y cuando se descarte previamente una etiología infecciosa. Dado el pequeño número de eventos y la naturaleza retrospectiva del estudio, será necesario corroborar nuestros resultados con otros estudios prospectivos longitudinales con el fin de minimizar los sesgos relacionados a la falta de uniformidad del protocolo de estudio diagnóstico de la FOD, dosis de los fármacos recibidas y periodicidad de la valoración de la fiebre posterior al alta.

CONCLUSIONS

El diagnóstico etiológico posterior al alta se consigue en menos de un 20% de los casos, además, los pacientes suelen responder adecuadamente al tratamiento empírico con corticoides y su pronóstico posterior es bueno, sin que se describa mortalidad al alta.

V-07 EFICIÈNCIA EN EL PROCÉS D'IMPLANTACIÓ DE MARCAPASSOS PERMANENTS A UN SERVEI DE MEDICINA INTERNA D'UN HOSPITAL COMARCAL

R. Pérez Bernalte¹, J. Yepes², J. Díaz³, V. García³, M. Arenas⁴, A. Ordóñez¹, A. Lacal¹, E. Pedrol¹
¹Servei de Medicina Interna, ²Infermer Gestor de Cuidatges, ³Infermeres assistencials. Hospital del Vendrell. Tarragona

⁴Direcció mèdica. Xarxa Sanitària i Social de Santa Tecla. Tarragona

OBJECTIUS

Comunicar l'experiència d'implantar MCP en el nostre centre, analitzant el número de casos, els factors epidemiològics i les complicacions.

MATERIAL I MÈTODES

Estudi retrospectiu dels pacients sotmesos a la implantació de MCP durant el període comprès des de l' abril del 2008 i març del 2011. Es recull el tamany de la mostra, mitja d'edat, símptomes (síncope, presíncope, insuficiència cardíaca (IC), bradicàrdia), electrocardiograma (bloqueig auriculo-ventricular d'alt grau (BAV), malaltia del node sinusal (MNS), fibril·lació auricular amb trastorn sever de conducció (FA), mode d'estimulació (VVI,DDD) i complicacions (dislocació, pneumotòrax, hematoma, infecció, trombosi).

RESULTATS

S'obté una mostra de 133 pacients, dels quals un 70% són homes i un 30% dones. D'aquets 133 pacients, en 109 (82%) es va realitzar la primera implantació de MCP permanent i en 24 (18%) es realitza un recanvi del generador. La mitja d'edat dels pacients amb primera implantació és de 77,4 anys. Els seus símptomes varen ser de síncope en un 37%, presíncope en un 13%, IC en un 28% i bradicàrdia en un 12%. L'electrocardiograma registrava BAV en un 44%, MNS en un 29%, FA en un 25%. El mode d'estimulació 55% DDD i un 45 % VVI. Respecte a les complicacions, dislocació en un 1,5%, hematoma lleu en un 1,5% i cap per infeccions, pneumotòrax i trombosi.

DISCUSSIÓ

La implantació de marcapassos (MCP) permanent en hospitals comarcals no es una pràctica generalitzada per la teòrica falta de la demanda i les limitacions de prestacions pròpies d'aquests centres. El treball mitjançant Procesos Assistencials, junt amb la seva avaluació i millora, és un dels elements claus que permet obtenir un correcte control de la qualitat assistencial. L'Hospital del Vendrell és el centre de referència per una població de quasi 100.000 habitants i consta de només 95 llits. Intentem demostrar que amb un procés assistencial molt acurat, optimitzant recursos i un excel·lent perfil de professionals implicats és possible realitzar la tècnica obtenint els resultats descrits.

CONCLUSIONS

La implantació d'un MCP es freqüent en pacients pluripatològics i d'edat avançada. No hem trobat cap altre centre similar al nostre i sense UCI ni cures intermitges on es realitzi aquesta intervenció. Els nostres resultats confirmen, comparats amb altres sèries, una eficiència màxima i que es pot garantir la màxima qualitat assistencial durant el procés hospitalari en un hospital comarcal mitjançant el seguiment d'un protocol d'implantació per un equip multidisciplinar que funciona de manera sistematitzada, unificant criteris i evitant les possibles complicacions.

V-08 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y FUNCIONALES DE UNA MUESTRA MULTICÉNTRICA DE PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS NO NEOPLÁSICAS EN ESTADÍO AVANZADO

F. Masanés¹, A. Urrutia², L. Feliu-Mazaria³, G. Tolchinski⁴, A. Martín-Pérez⁵, F. Formiga⁶, A. López-Soto

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínic. Barcelona

²Servicio de Medicina Interna. Hospital Germans Trias i Pujol. Barcelona

³Servicio de Medicina Interna. Hospital General de Palma de Mallorca.

⁴Servicio de Medicina Interna. Hospital Municipal. Badalona

⁵Servicio de Medicina Interna. Hospital Sant Joan Despí. Barcelona

⁶Servicio de Medicina Interna. Hospital de Bellvitge. Barcelona

OBJECTIUS

Determinar las características clínicas de los pacientes con enfermedades crónicas no neoplásicas en estadio avanzados incluidos en el proyecto PALIAR.

MATERIAL I MÈTODES

Estudio transversal multicéntrico de 41 hospitales españoles, con inclusión de pacientes identificados durante la hospitalización, consultas, ú hospitalización domiciliaria entre Febr2009-Sept2010. Se incluyeron pacientes con una ó más de las siguientes condiciones: Insuficiencia cardíaca con disnea basal ?III de la NYHA (ICC); insuficiencia respiratoria con disnea basal ?III MRC y/o satO2<90% y/o O2domiciliaria (IR); insuficiencia renal crónica estadio 4 ó 5 de NKF (ERC); hepatopatía crónica en la escala Child-Pugh >7; y/o enfermedad neurológica crónica con deterioro cognitivo/funcional establecidos (Pfeiffer>6 y/o MEC?18 y/o Barthel<60)(EN). Se analizaron las características clínicas y funcionales, y los factores asociados a una dependencia grave-total (IB<35), y a un performance peor (ECOG de 3 ó 4).

RESULTATS

Se incluyeron un total de 1847 pacientes (78,74±10 años, 51% varones). La media de condiciones de inclusión fue 1.35±0.6/paciente, siendo las más frecuentes las EN (814 pacientes, 44.1%) seguidas de la ICC (718(38.9%)), la IR (615(33.3%)), la IRC (225(12.2%)), y la hepatopatía (115(6.2%)). La carga de comorbilidades fue de 2,53(D.E.:1,7)/paciente, siendo las más frecuentes HTA (1273 pacientes, 68,9%), fibrilación auricular (663(35,9%)), dislipemia (601(32,5%)), EPOC (560(30,3%)) y DM sin LOD (525(28,4%)). Cumplían criterios de Paciente Pluripatológico 1285(70%), con una carga de categorías ?3 en 665(54.3%). La mediana del índice de Charlson fue de 3 (RIC=3). Los síntomas más prevalentes fueron la disnea severa (3-4 de la NYHA y/o MRC) en 952 (51.5%), la astenia en 423 (23%), el delirium y/o encefalopatía en 403(22%), la anorexia en 363 (20%), el dolor crónico (356, 19%, con una mediana en EVA=6 sobre 10), el insomnio (en 332, 18%), y menos frecuentemente las náuseas-vómitos (80, 4.3%), y la diarrea (41, 2.2%). La media de ingresos en el año/tres meses previos fue 2±1,5/4±0,4, respectivamente. La mediana del IB fue 35 [RIC=70] (un 49% presentaba dependencia grave ó total); asimismo 745 pacientes (un 40%) permanecía encamado más del 50% del día ó estaba postrado en ella. Los factores asociados de forma independiente a la dependencia grave-total fueron el sexo femenino (OR=1.6 [1.14-2.2]; p=.006), una mayor edad (OR=1.03 [1.01-1.05]; p=.0001), disponer de cuidador (OR=7.7 [3.3-18]; p<.0001), padecer EN (OR=9.7 [6.6-14]; p<.0001), la disnea III-IV (OR=1.6 [1.1-2.4]; p<.02), y la anorexia (OR=2.3 [1.6-3.5]; p<.0001). Aquéllos asociados a un ECOG 3-4 fueron un mayor número de condiciones cónicas de inclusión (OR=4.7 [1.4-16]; p=.01), y una mayor carga de comorbilidad en la escala de Charlson (OR=1.5 [1.1-2.1]; p=.011).

CONCLUSIONS

Las enfermedades más prevalentes de esta muestra de pacientes con condiciones médicas avanzadas fueron las neurológicas, cardiovasculares y las respiratorias, ocupando un espacio protagonista la carga de comorbilidad asociada, y el deterioro funcional y del performance. La sintomatología predominante difiere notablemente de poblaciones con enfermedades neoplásicas avanzadas, por lo que el manejo requiere abordaje clínico específico.

26-27 de Maig 2011 - Palau de Congressos
Tarragona

INFORMACIÓ GENERAL

●SEU DEL CONGRÈS●

Palau Firal i de Congressos de Tarragona
C/ Arquitecte Rovira, 2
43001- Tarragona
Teléfono: 977 24 55 77
Fax: 977 24 34 08
Pág. Web: www.palaucongrestartgna.com
E-mail: info@palaucongrestartgna.com

Data: 26 –27 maig de 2011
Organitza: Societat Catalano-Balear de Medicina Interna
President Comitè Organitzador: **Dr. Enric Pedrol Clotet**
Servei de Medicina Interna
Hospital de Sant Pau i Santa Tecla
Rambla Vella, 14
43003, Tarragona
tfn: 977 25 99 00
e-mail: epedrol@xarxatecla.cat



●SECRETARIA TÈCNICA●



S&H Medical Science Congress
c/ Espronceda 27, Entreplanta. 28003 Madrid
tfn:91 535 71 83 - fax:91 181 76 16
e-mail: congresos@shmedical.es
Pàgina Web : www.shmedical.es

●HOTELS I VIATGES●

Viajes Yacaré.
C/ Ríos Rosas, 54. 28003 Madrid
Tel: 91 534 62 25 – 91 534 0803 Fax.: 91 534 81 40
e-mail.: viajesyacare@e-savia.net

●INSCRIPCIONS●

Preguem formalitzar la inscripció amb antelació al Congrés per a una millor organització. La inscripció es donarà per formalitzada un cop s'hagin satisfet els drets de la mateixa.

•DOCUMENTACIÓ•

Dijous 26 de maig de 2011 s'entregarà la documentació del Congrés a partir de les 09:00 hores.

•IDENTIFICACIÓ•

Cada congressista disposarà d'una tarja d'identificació individual i intransferible. És imprescindible presentar-la per poder accedir a la seu del Congrés i quedar-s'hi.

•CERTIFICATS D'ASSISTÈNCIA•

Els certificats d'assistència s'entregaràn el divendres, 27 de maig a partir de les 16:30 hores.

•IDIOMA•

L'idioma oficial del XIV Congrés SCBMI serà el català.

•EXPOSICIÓ CIENTÍFICA•

Durant els dies del Congrés tindrà lloc una exposició científico-tècnica de les Cases Comercials i els Laboratoris Farmacèutics.

Horari:

26 maig 2011: 10:00 – 13:15 hores y 15:30 – 18:30 hores

27 maig 2011: 10:00 – 14:30 hores y 16:30 – 18:30 hores

•PAUSA-CAFÈ•

Els cafès se serviran a les zones d'exposició comercial.

•DINARS DE FEINA•

Tindran lloc a la seu del Congrés essent imprescindible la presentació de l'acreditació corresponent.

•RECEPCIÓ DE PONÈNCIES•

Les ponències han de ser lliurades en la Secretaria Tècnica, com a mínim 2 hores abans que comenci les sessions científiques.

•INSCRIPCIÓ•

Poden inscriure's directament per tres vies diferents:

1. A través de les següents Pàgines Webs: www.fesemi.org www.shmedical.es
dins l'apartat d'Inscripcions
2. Enviant per Fax (91 181 76 16), a la Secretaria Tècnica la butlleta d'inscripció juntament amb la còpia del resguard de la transferència realitzada.
3. Enviant per correu postal a la Secretaria Tècnica la butlleta d'inscripció juntament amb el taló o la còpia del resguard de la transferència realitzada.

- Recomanem que facin les inscripcions mitjançant la pàgina Web perquè facilita la feina a la persona que s'inscriu Així com la gestió de la informació a la Secretaria Tècnica.

- Si s'inscriu a través de la pàgina Web, automàticament apareixerà com a pre-inscrit. Per poder donar validesa a la inscripció no oblidis imprimir el formulari i enviar-lo per correu postal a la Secretaria Tècnica, juntament amb el taló o la còpia del resguard de la transferència realitzada.

La inscripció com congressista li dona dret a:

- Documentació oficial
- Participar a les sessions científiques del programa
- Presentar Comunicacions
- Dinars de treball i cafès
- Circular lliurement per les dependències de la seu del Congrés
- Certificat d'assistència

•FORMA DE PAGAMENT•

Xec Nominatiu a S&H Medical Science Congress
Transferència Compte: **0182-0190-84-0201557716**

Enviar aquest butlletí al costat del taló/còpia de la transferència a:

Secretaria Tècnica: **S&H Medical Science Congress**

C/ Espronceda 27, Entreplanta. 28003 Madrid

Tel: 91 535 71 83 Fax: 91 181 76 16

•CANCEL·LACIONS•

Fins el 31 de març de 2011 se retornarà el 50% de l'import de la inscripció, a partir d'aleshores no es faran devolucions.

RECORDAR: es recomana fer les inscripcions a través de la pàgina Web.

NOTES: no es permetrà l'accés al Congrés a totes aquelles persones que no hagin abonat la quota d'inscripció correspondent prèviament.

Cumplint la Llei Orgànica 15/1999, de 23 de desembre de Protecció de Dades de Caràcter Personal, vostè podrà exercitar-los drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició mitjançant notificació: **a sh@shmedical.es**

•BUTLLETÍ D'ALLOTJAMENT•

Si desitja realitzar reserva d'allotjament per a la seva assistència al Congrés, ha de dirigir-se a:

Viaje Yacaré:

C/ Ríos Rosas, 54 – 28003 Madrid

Tfno: 91 534 08 03

Fax: 91 536 00 01

E'mail: **viajesyacare@e-savia.net**

•COL-LABORADORS•

- ACTELION
- ASTRAZENECA
- BAYER
- BOEHRINGER INGELHEIM
- JANSSEN
- MENARINI
- MERCK SHARP & DOHME
- NOVO NORDISK
- OTSUKA
- ROCHE
- VIIV HEALTHCARE

26-27 de Maig 2011 - Palau de Congressos
Tarragona

© 2011 Obra: Sociedad Catalano-Balear de Medicina Interna (SCBMI)
Editado por: S&H Medical Science Service

Todos los derechos reservados. Queda prohibida la reproducción total o parcial de esta obra por cualquier medio mecánico o electrónico sin la debida autorización por escrito del editor.

ISBN: 978-84-694-3252-5



SOCIETAT
CATALANOBLEAR
MEDICINA INTERNA



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