



# XXII Congreso de la Sociedad Andaluza de Medicina Interna

18-20 mayo 2006

Organizado por el  
Servicio de Medicina Interna  
Hospital San Agustín. Linares, Jaén



**LIBRO DE  
COMUNICACIONES  
Y PÓSTERS**

Universidad Internacional de Andalucía. Sede Antonio Machado  
Palacio de Jabalquinto. BAEZA, JAÉN

**Sademi**  
Sociedad andaluza de medicina interna

- 
- 
- A:** ENFERMEDADES INFECCIOSAS  
**EA:** PACIENTE PLURIPATOLÓGICO / EDAD AVANZADA  
**G:** GESTIÓN CLÍNICA  
**IC:** INSUFICIENCIA CARDIACA  
**IF:** INFLAMACIÓN / ENFERMEDADES AUTOINMUNES  
**O:** OSTEOPOROSIS  
**RV:** RIESGO VASCULAR  
**T:** ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA  
**V:** VARIOS

Depósito Legal:

# SUMARIO

## COMUNICACIONES ORALES

<b>A-04</b> ESTUDIO DEL NIVEL DE CITOQUINAS PROINFLAMATORIAS EN PACIENTES CON EPOC COLONIZADOS POR ‘PNEUMOCYSTIS JIROVECHII’ .....	1
L. Rivero, M. Montes-Cano, V. Friaza, N. Respaldiza, F. Muñoz-Lobato, J. Varela, E. Calderón, C. de la Horra	
<b>A-17</b> CAMBIOS EN EL ESPECTRO ETIOLÓGICO DE LA FIEBRE DE DURACIÓN INTERMEDIA .....	2
N. Espinosa, J. Haro, M. Aguilar, E. Cañas, M. Bernabeu, A. Alarcón, A. Martín, J. Pachón	
<b>EA-01</b> ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LOS PACIENTES ATENDIDOS POR DETERIORO COGNITIVO EN UNA CONSULTA DE MEDICINA INTERNA DE UN HOSPITAL GENERAL BÁSICO .....	3
S. Hernández Márquez, J. Rodríguez Toquero, N. Muñoz Ruiz, J. Sampedro Villasán, M. Martín Armada, J. Garijo Forcada	
<b>G-13</b> VALORACIÓN DE UN PROGRAMA PERSONALIZADO DE EDUCACIÓN SANITARIA DIRIGIDO A CUIDADORES FAMILIARES DE PACIENTES DEPENDIENTES .....	4
Á. Rodríguez Hurtado, C. González Llanos, T. Hernández Sánchez, A. Ruiz Acosta, P. Ruiz Hernández, M. Molina Llovet, I. Fernández Cordón	
<b>IC-04</b> INSUFICIENCIA CARDIACA CON FUNCIÓN VENTRICULAR PRESERVADA. ¿CONOCEMOS LA DIMENSIÓN DEL PROBLEMA? .....	5
J. Carrasco Sánchez, A. Escalera Zalvide, M. Franco Huerta, C. Borrachero Garro, E. Pujol de la Llave	
<b>IC-10</b> RELACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA CON VARIABLES PRONÓSTICO EN LA INSUFICIENCIA CARDIACA .....	6
E. Contreras de Miguel, M. Montero Pérez-Barquero, L. López Jiménez, J. Ortiz Minuesa, R. Martínez Fernández, J. Ampuero Ampuero, P. Cuadrado Marín, I. Cañadillas Hidalgo	
<b>IF-05</b> EXPERIENCIA A LARGO PLAZO CON EL TRATAMIENTO ANTI-CD20 EN PACIENTES CON ENFERMEDADES SISTÉMICAS AUTOINMUNES RESISTENTES.....	7
R. Garrido Rasco, R. González León, F. García Hernández, C. Ocaña Medina, S. Flores Moreno, E. Espejo Gutiérrez, I. Wichmann, J. Sánchez Román	
<b>IF-08</b> ESTUDIO ANATOMOPATOLÓGICO DE LAS LESIONES PULMONARES EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR ASOCIADA A ENFERMEDADES AUTOINMUNES SISTÉMICAS.....	8
R. Garrido Rasco, R. González León, R. Cabrera Pérez, C. Ocaña Medina, F. García Hernández, R. Colorado Bonilla, A. Carranza Carranza, J. Sánchez Román	

## Sumario

<b>IF-12</b> LA RESPUESTA INFLAMATORIA EN CÉLULAS MONONUCLEARES DE SANGRE PERIFÉRICA SE VE MODULADA DE FORMA AGUDA POR EL TIPO DE GRASA .....	9
A. García Ríos, N. Delgado Casado, B. Cortés, C. Marín, R. Gallego, F. Fuentes, F. Pérez Jiménez, J. López Miranda	
<b>RV-02</b> PREVENCIÓN SECUNDARIA CON ESTATINAS. ¿CUMPLIMOS LAS RECOMENDACIONES? .....	9
M. Romero-Jiménez, M. Pérez Ramos, Y. Abu el Wafa Vaca, P. Sosa Rojas, M. del Castillo Madrigal, A. Benavente Fernández, A. Maraver García, A. Barrios Merino	
<b>RV-04</b> RELACIÓN ENTRE EL SÍNDROME METABÓLICO Y EL DÉFICIT DE LA HORMONA DE CRECIMIENTO DEL ADULTO EN SUJETOS HIPERTENSOS. POLIMORFISMOS GENÉTICOS DE LA HORMONA DEL CRECIMIENTO .....	10
D. Nieto Martín, A. Vallejo Vaz, V. Alfaro Lara, R. Ramírez Lorca, M. Miranda Guisado, E. Pamies Andreu, P. Stiefel García Junco, O. Muñiz Grijalvo	
<b>RV-05</b> ESTUDIO DEL SAHS EN EL HOSPITAL SAN AGUSTÍN DE LINARES .....	11
J. Cruz Molina, J. Garijo Forcada, A. Soto Venegas, R. Gallardo González, J. Sampedro Villasán	
<b>RV-06</b> RELACIÓN ENTRE EL SÍNDROME METABÓLICO Y EL POLIMORFISMO C.-94-93DELG DE LA REGIÓN PROMOTORA DE LA HORMONA DE CRECIMIENTO EN SUJETOS HIPERTENSOS.....	12
D. Nieto Martín, V. Alfaro Lara, A. Vallejo Vaz, R. Ramírez-Lorca, P. Stiefel García Junco, M. Miranda Guisado, E. Pamies Andreu, J. Villar Ortiz	
<b>RV-07</b> INTERACCIÓN ENTRE LA INGESTA AGUDA DE GRASA Y LA PRESENCIA DEL POLIMORFISMO -516C/T EN LA REGIÓN PROMOTORA DEL GEN DE LA APO B .....	12
E. Galán-Dorado, I. Pérez-Camacho, A. Lozano, A. Gallego de la Sacristana, F. Martín, F. Fuentes, J. Ordovás, F. Pérez Jiménez	
<b>RV-08</b> RELACIÓN ENTRE POLIMORFISMOS GENÉTICOS DE LA ENZIMA CONVERSORA DE ANGIOTENSINA Y EL SÍNDROME METABÓLICO EN PACIENTES HIPERTENSOS DE RECIENTE COMIENZO .....	13
V. Alfaro Lara, D. Nieto Martín, A. Vallejo Vaz, P. Stiefel García Junco, E. Pamies Andreu, O. Muñiz Grijalvo, M. Miranda Guisado, J. Carneado de la Fuente	
<b>RV-12</b> LA DIETA MEDITERRÁNEA RICA EN ACEITE DE OLIVA Y UNA DIETA ENRIQUECIDA EN ÁCIDO $\alpha$ -LINOLÉNICO PREVIENEN EL INCREMENTO POSPRANDIAL DE FACTOR VII EN LA LIPEMIA POSPRANDIAL .....	14
B. Cortés Rodríguez, A. Lozano Rodríguez-Mancheño, E. Sánchez García, P. Pérez Martínez, Y. Jiménez, F. López Segura, J. López Miranda, F. Pérez Jiménez	
<b>RV-13</b> EFECTO DE TRES MODELOS DE DIETA EN LA HIPEREMIA REACTIVA ENDOTELIAL Y EN LOS NIVELES DE NITROTIROSINA Y OX-LDL EN SUJETOS PREDIABÉTICOS CON RESISTENCIA A LA INSULINA .....	15
M. Sánchez-García, Á. Gallego de la Sacristana López-Serrano, P. Pérez Martínez, M. Moreno, R. Moreno, J. Paniagua González, J. López-Miranda, F. Pérez-Jiménez	
<b>RV-15</b> EL AUMENTO DE LA RESPUESTA POSPRANDIAL INDUCIDO POR EL SOBREPESO EN PERSONAS SANAS ES DEBIDO AL INCREMENTO DEL NÚMERO DE PARTÍCULAS POSPRANDIALES .....	16
A. Lozano, B. Cortés, C. Marín, J. Criado, J. García, A. Blanco-Molina, J. López-Miranda, F. Pérez-Jiménez	
<b>RV-17</b> INTOLERANCIA HIDROCARBONADA Y DIABETES TIPO 2 'EX NOVO' EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN DE RECIENTE DIAGNÓSTICO .....	17
B. Gil-Extremera, E. García-Peñalver, R. Ríos-Fernández, A. Martín-Salguero, J. Soto-Más, A. Maldonado-Martín	

## XXII Congreso de la Sociedad Andaluza de Medicina Interna

<b>T-01</b> VARIABILIDAD EN EL MANEJO DE FÁRMACOS ANTICOAGULANTES EN PACIENTES INGRESADOS EN HOSPITALES DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO ANDALUZ DE LA PROVINCIA DE MÁLAGA.....	18
F. Salgado Ordóñez, J. Pérez Díaz, C. Romero Gómez, M. Rizo Hoyos, C. González Pozo, M. Maíz Jiménez, A. Hidalgo Conde, I. Aguilar Fernández	
<b>T-02</b> ANÁLISIS DE LAS POSIBLES CAUSAS DEL USO INADECUADO DE HEPARINAS DE BAJO PESO MOLECULAR EN PACIENTES HOSPITALIZADOS. ESTUDIO MULTICÉNTRICO EN HOSPITALES DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO ANDALUZ DE LA PROVINCIA DE MÁLAGA.....	19
F. Salgado Ordóñez, J. Pérez Díaz, L. Mérida Rodrigo, J. Sánchez Lora, M. Godoy Guerrero, G. Ojeda Burgos, R. Arnedo Díez de los Ríos	
<b>V-02</b> UTILIDAD DE TESTS DIAGNÓSTICOS BREVES EN EL DIAGNÓSTICO DE LAS DEMENCIAS .....	20
S. Hernández Márquez, J. Rodríguez Toquero, N. Muñoz Ruiz, J. Sampedro Villasán, M. Gómez Rodríguez, J. Garijo Forcada	
<b>V-28</b> CORRELACIÓN DE LOS TESTS DE CALIDAD DE VIDA EQ-5D Y SGRQ EN PACIENTES DE EPOC.....	21
M. Montero Pérez-Barquero, A. García Ruiz, F. Leiva Fernández, M. Aguayo Canela	
<b>V-35</b> ANÁLISIS DEL SNP 5435 A>G, LOCALIZADO EN LA REGIÓN PROMOTORA DEL PPAR- $\alpha$ , SEGÚN EL TIPO DE ÁCIDO GRASO DE LA DIETA.....	22
N. Delgado Casado, A. García Ríos, P. Pérez Martínez, E. Galán Dorado, P. Gómez Luna, J. Delgado Lista, J. Caballero, F. Pérez Jiménez	

## PÓSTERS

<b>A-01</b> EPIDEMIOLOGÍA DE LA BACTERIEMIA POR 'ENTEROCOCCUS SPP.' EN UN HOSPITAL GENERAL .....	23
A. Garrido Castro, F. Ropero Pinto, A. Ferro Expósito, G. Ojeda Burgos, R. Arnedo Díez de los Ríos, V. García López, S. González, P. González Santos	
<b>A-02</b> ETIOLOGÍA DE LAS NEUMONÍAS EN PACIENTES CON CÁNCER.....	24
M. Aguilar-Guisado, J. Cisneros, E. Cordero, I. Espigado, M. Noguer, R. Parody, J. Pachón	
<b>A-03</b> ¿NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD Y ANCIANOS? ¿O NEUMONÍA ASPIRATIVA? .....	24
S. Reyes Pozo, M. Requena Pou, J. Trujillo Pérez, S. Bermudo Conde, M. Mateas Moreno, A. Marqués García, M. Linares, N. Marín Gámez	
<b>A-05</b> ESTUDIO DE GENOTIPOS DE 'PNEUMOCYSTIS JIROVECI' EN PACIENTES CON PATOLOGÍA PULMONAR CRÓNICA COLONIZADOS.....	25
C. de la Horra, M. Montes-Cano, J. Martín-Juan, V. Friaza, N. Respaldiza, F. Muñoz-Lobato, J. Varela, F. Medrano	

## Sumario

<b>A-06</b> COLONIZACIÓN POR 'PNEUMOCYSTIS JIROVECI' EN PACIENTES CON FIBROSIS QUISTICA RECEPTORES DE TRASPLANTE PULMONAR.....	26
M. Montes-Cano, C. de la Horra, F. Dapena, V. Friaza, N. Respaldiza, F. Medrano, E. Calderón, J. Varela	
<b>A-07</b> ANÁLISIS DE LOS PACIENTES CON INFECCIONES POR 'ESCHERICHIA COLI' PRODUCTORA DE BLEE EN EL HOSPITAL COSTA DEL SOL DURANTE 2005.....	27
F. Moreno, A. del Arco, J. de la Torre, I. López, J. Prada, J. Aguilar, N. Montiel, J. García Alegría	
<b>A-08</b> ALTERACIONES DEL SURFACTANTE PULMONAR EN PACIENTES CON NEUMONÍAS INTERSTICIALES IDIOPÁTICAS COLONIZADOS POR 'PNEUMOCYSTIS JIROVECI'.....	28
V. Friaza, C. de la Horra, M. Montes-Cano, N. Respaldiza, F. Muñoz-Lobato, J. Varela, E. Rodríguez-Becerra, E. Calderón	
<b>A-16</b> PERFIL DE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS POR NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD EN LOS SERVICIOS DE MEDICINA INTERNA Y NEUMOLOGÍA .....	29
C. Fernández-Roldán, A. Pardo Cabello, M. García Jerez, M. Parejo Sánchez, C. Tomás Jiménez, C. López Robles, J. Cantero Hinojosa, J. Vilchez Medina	
<b>EA-02</b> REGISTRO DE VARIABLES DE PACIENTES PERTENECIENTES AL PROCESO ASISTENCIAL PLURIPATOLÓGICO EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.....	29
F. Martínez Peñalver, J. de la Vega Sánchez, E. Salamanca Rivera, L. García Gómez, M. Maestre Muñoz, E. Oncala Sibajas, A. Leal Luna, R. Pérez Cano	
<b>EA-03</b> CONSULTA DE ATENCIÓN AL PACIENTE PLURIPATOLÓGICO: CARACTERÍSTICAS GENERALES .....	30
F. Báñez Sánchez, A. Márquez García, M. Zamora Ardoy, M. Requena Pou, J. Trujillo Pérez, S. Reyes Pozo, D. Carrillo Ortiz, N. Marín Gámez	
<b>EA-04</b> DEMENCIA EN PERSONAS MAYORES DE 65 AÑOS. FACTORES ASOCIADOS .....	31
C. de la Torre Solís, M. Guil García, C. San Román de Terán, J. Lomeña Villalobos, T. López Madroñero	
<b>EA-05</b> ESTUDIO SOBRE INCIDENCIA Y CARACTERÍSTICAS DIFERENCIALES DE LOS PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA .....	32
L. García Gómez, E. García-Pelayo, A. Leal Luna	
<b>EA-06</b> LA ANEMIA DE LOS DESÓRDENES CRÓNICOS EN EDADES SENILES .....	33
R. Ríos Fernández, F. Pérez Blanco, D. Vinuesa García, A. Salas Galán, A. Rodríguez Cuartero	
<b>EA-07</b> CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES CON DETERIORO COGNITIVO EN NUESTRO CENTRO.....	34
A. Lazo Torres, M. Pageo Jiménez, F. Díez, B. Cervantes, J. Montes, J. Gamir, V. Rodríguez	
<b>EA-08</b> PREVALENCIA DE PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS EN UNA PLANTA DE MEDICINA INTERNA.....	34
I. Marín Montín, M. Rey Rodríguez, F. Guerrero Igea, R. Ruiz Morales, F. Cuesta López, M. Soriano Pérez, J. Serrano Carrillo de Albornoz, M. Aguayo Canela	
<b>EA-10</b> EL INVIERNO TARDÍO .....	35
C. Herrero, M. Romero, A. Carrillo, A. Martínez-Cañamero, S. Bermudo, A. Márquez, J. Trujillo, N. Marín-Gámez	
<b>EA-11</b> INFLUENCIA DE LOS FACTORES BIÓPSICO-SOCIALES SOBRE EL GRADO DE EMPATÍA EN LA RELACIÓN MÉDICO-ENFERMO EN UNA COHORTE DE PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS .....	36
M. Cassani, S. García Morillo, M. Rincón, M. Bernabéu Wittel, A. Codina, J. Cuello Contreras, M. Ollero Baturone	

<b>EA-12</b> FACTORES ASOCIADOS AL DETERIORO FUNCIONAL Y VULNERABILIDAD CLÍNICA DE PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS. ESTUDIO SOBRE UNA COHORTE MULTICÉNTRICA DE BASE POBLACIONAL .....	37
N. Ramírez Duque, M. Rincón, M. Bernabéu Wittel, S. García Morillo, V. Yerro, J. Cuello Contreras, M. Ollero Baturone	
<b>EA-13</b> PREVALENCIA DE DETERIORO COGNITIVO EN UNA COHORTE MULTICÉNTRICA DE PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS .....	38
N. Ramírez Duque, M. Bernabéu Wittel, M. Rincón, M. Cassani, V. Martín Sanz, M. Ortiz, M. Ollero Baturone	
<b>EA-14</b> VALORACIÓN DEL “RIESGO NUTRICIONAL” EN PACIENTES ANCIANOS CON INSUFICIENCIA CARDIACA .....	38
R. Fernández Ojeda, B. Escolano Fernández, A. Valiente Méndez, M. Camacho Fernández, J. García Mata, N. Lara Sires, M. Merino Rumín, M. Aguayo Canela	
<b>EA-15</b> PERFIL DE PACIENTES ANCIANOS INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS GENERALES.....	39
M. Soriano Pérez, J. Serrano Carrillo de Albornoz, I. Marín Montín, A. Prados Gallardo, M. Lamas Martínez, F. Martínez Peñalver, I. Marmesat Ríos, M. Aguayo Canela	
<b>EA-16</b> FACTORES ASOCIADOS A LA SOBRECARGA DEL CUIDADOR PRINCIPAL EN UNA COHORTE MULTICÉNTRICA DE PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS .....	40
L. Moreno Gaviño, M. Bernabéu Wittel, M. Rincón, M. Cassani, M. Tello, L. de la Paz, M. Ollero	
<b>EA-17</b> CALIDAD PERCIBIDA DE LA ASISTENCIA SANITARIA EN UNA COHORTE MULTICÉNTRICA DE PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS .....	41
M. Rincón Gómez, M. Bernabéu Wittel, S. García Morillo, M. Cassani, L. Moreno Gaviño, A. Ortiz Camúñez, M. Ollero Baturone	
<b>EA-18</b> DIMENSIONES EN LA CALIDAD DE ASISTENCIA PERCIBIDA POR PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS: UN ANÁLISIS FACTORIAL .....	42
M. Rincón, M. Bernabéu, S. García Morillo, M. Cassani, L. Moreno Gaviño, A. Codina, M. Ollero	
<b>EA-19</b> CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES CON DEMENCIA SEGUIDOS EN LA UNIDAD DE CONTINUIDAD ASISTENCIAL (UCA).....	43
R. López Alonso, J. García García, A. Aguirre Palacios, E. de Villar Conde, E. Gómez Camacho	
<b>G-01</b> CONSULTA DE DIAGNÓSTICO RÁPIDO EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA .....	44
E. Salamanca Rivera, R. Pérez Temprano, A. Leal Luna, R. Pérez Cano	
<b>G-02</b> CONSULTA DE ALTA PRECOZ. NUEVO ORGANIGRAMA ESTRUCTURAL DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA JUNTO A LAS CONSULTAS DE ALTA RESOLUCIÓN Y ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA.....	45
A. Benavente Fernández, M. Romero Jiménez, M. Pérez Ramos, Y. Abu el Wafa, P. Sosa, M. del Castillo Madrigal, J. Ramos-Clemente, A. Barrios Merino	
<b>G-03</b> LOS PLANES ASISTENCIALES COMPARTIDOS (PAC), LA COHORTE DE ENFERMOS POLIPATOLÓGICOS Y ANCIANOS FRÁGILES DE JAÉN, SEGÚN MODELO TIPO MEDICINA HORIZONTAL. SOBRE CASOS Y GESTIÓN .....	46
N. Marín Gámez, M. Mateas Moreno, A. Márquez García, M. Requena Pou, J. Trujillo Pérez, D. Carrillo, M. Godoy Chiclana y Grupo Multidisciplinar	
<b>G-04</b> ACTIVIDAD DEL INTERNISTA EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS DE ALTA RESOLUCIÓN (CHARE) .....	47
J. Salas Coronas, G. Cruz Caparrós, E. Milla Sánchez, E. Amat Berenguel, R. Cotos Canca, J. Fernández Peláez, A. Lozano Serrano, E. Sánchez Martín	

## Sumario

<b>G-05 ANÁLISIS DE LOS PACIENTES CON LARGAS ESTANCIAS ('OUTLIERS') EN UN HOSPITAL COMARCAL</b> .....	47
J. Salas Coronas, M. Lea Pereira, A. Rodríguez Rodríguez, J. Puerta López, R. Cotos Canca, J. Muñoz Alonso, F. Rivera Cívico, J. Muñoz López	
<b>G-06 LA VALORACIÓN DIARIA DE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS CORRIGE EL CONOCIDO EXCESO DE MORTALIDAD DE LOS FINES DE SEMANA</b> .....	48
J. Zambrana García, C. García Cortés, M. Adarraga Cansino, A. Montijano Cabrera, M. Velasco Malagón, F. Gavilán Guirao, L. Martínez Luque	
<b>G-07 NUESTRA EXPERIENCIA EN UN NUEVO MODELO DE ACCESO DE PACIENTES A UN HOSPITAL DE MEDIA-LARGA ESTANCIA</b> .....	49
A. Clavo Sánchez, A. Ron Ribera, A. Salcini Macías, P. Fernández García, F. Guerra Arévalo, I. Reyes Ruiz, M. Rodríguez Bouza, O. Pérez Santos,	
<b>G-08 ANÁLISIS DE LA ADECUACIÓN DE LAS ESTANCIAS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA MEDIANTE EL INSTRUMENTO ADEQHOS</b> .....	50
J. García Mata, N. Lara Sires, M. Camacho Fernández, R. Fernández Ojeda, B. Escolano Fernández, M. Merino Rumín, E. Peral Gutiérrez de Cevallos, A. Millán Rodríguez	
<b>G-09 ¿QUÉ ACTIVIDAD ASISTENCIAL BÁSICA DESARROLLA UNA UNIDAD CLÍNICA DE GESTIÓN DE HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA Y CUIDADOS PALIATIVOS (UHDCP)?</b> .....	51
J. Pérez de León Serrano, L. Fernández Rendón, S. Alegre Herrera, P. Retamar Gentil, M. Rey Rodríguez, J. Reveriego Blanes, J. Royo Aguado, M. Aguayo Canela	
<b>G-10 EL 'TOP TEN' DE MEDICINA INTERNA</b> .....	52
M. Manjón, M. Almenara, F. Jódar, V. Navarro, A. Márquez, M. Mateas, M. Linares, N. Marín	
<b>G-11 GRD QUIRÚRGICOS EN MEDICINA INTERNA: HACIA LA IDENTIFICACIÓN DE LA PRODUCCIÓN HOSPITALARIA DE LOS INTERNISTAS EN LOS SERVICIOS QUIRÚRGICOS</b> .....	52
F. Díez, C. Gamero, A. Collado, A. Barnosi, H. Kessel, B. Cervantes	
<b>G-12 REAGUDIZACIÓN DE EPOC. INTERNISTAS FRENTE A NEUMÓLOGOS</b> .....	53
A. Ruiz Cantero, M. Godoy Guerrero, M. Maíz Jiménez, V. Vega Blanco, A. Lara Fernández, M. Grana Costa, A. Muñoz Morente, R. Mata Aparicio	
<b>G-14 UNA APROXIMACIÓN AL 'CASE-MIX' DE UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA Y CUIDADOS PALIATIVOS (UHDCP)</b> .....	54
J. Pérez de León Serrano, S. Alegre Herrera, L. Fernández Rendón, A. Valiente Méndez, A. Prados Gallardo, V. Morales Caballero de León, J. Royo Aguado, M. Aguayo Canela	
<b>G-15 ANÁLISIS DE LAS CAUSAS DE ALTA DE PACIENTES "CRÓNICOS" EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA</b> .....	55
S. Alegre Herrera, J. Pérez de León Lozano, L. Fernández Rendón, J. Serrano Carrillo de Albornoz, M. Soriano Pérez, I. Marín Montín, J. Royo Aguado, M. Aguayo Canela	
<b>G-16 PAPEL DE UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA EN LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL</b> .....	56
J. Pérez de León Serrano, S. Alegre Herrera, J. Royo Aguado, A. Prados Gallardo, J. Serrano Carrillo de Albornoz, M. Soriano Pérez, I. Marín Montín, M. Aguayo Canela	
<b>G-17 LOS GRD NECESITAN DEL CLÍNICO</b> .....	57
F. Jódar Morente, V. Navarro Pérez, S. Bermudo Conde, J. Trujillo Pérez, M. Requena Pou, S. Reyes, M. Linares, N. Marín Gámez	

<b>IC-02 PAPEL DEL INTERNISTA EN UNA CONSULTA DE CARDIOLOGÍA</b> .....	<b>58</b>
S. López Palmero, F. Rivera Cívico, J. Salas Corona, R. Cotos Canca, A. Lozano Serrano, J. Benítez, I. Prades, A. López	
<b>IC-03 SIGNOS PRECOCES DE TAC EN ICTUS ISQUÉMICO DE ACM</b> .....	<b>59</b>
P. Sosa Rojas, E. Martínez Fernández, M. del Castillo Madrigal, M. Romero Jiménez, M. Pérez Ramos, Y. Abu El Wafa, A. Benavente Fernández, A. Barrios Merino	
<b>IC-05 ANEMIA E INSUFICIENCIA CARDIACA. UN NUEVO RETO PARA LA MEDICINA INTERNA</b> .....	<b>60</b>
M. Franco Huerta, J. Carrasco Sánchez, A. Escalera Zalvide, C. Borrachero Garro, S. Díaz Acevedo, E. Pujol de la Llave	
<b>IC-06 INSUFICIENCIA CARDIACA: ANÁLISIS DE UNA SITUACIÓN CLÍNICA COMPLEJA</b> .....	<b>61</b>
A. Escalera Zalvide, J. Carrasco Sánchez, M. Franco Huerta, C. Borrachero Garro, S. Díaz Azevedo, E. Pujol de la Llave	
<b>IC-07 PREVALENCIA DE ANEMIA EN PACIENTES GERIÁTRICOS HOSPITALIZADOS CON INSUFICIENCIA CARDIACA</b> .....	<b>62</b>
B. Escolano Fernández, R. Fernández Ojeda, M. Camacho Fernández, A. Valiente Méndez, I. Marín Montín, J. Serrano Carrillo de Albornoz, M. Soriano Pérez, M. Aguayo Canela	
<b>IC-08 PERICARDITIS: UN ESTUDIO DESCRIPTIVO</b> .....	<b>63</b>
L. Mérida Rodrigo, R. Quirós López, J. Aguilar Díaz, I. Escot Cabeza, F. Moreno Martínez, J. Olalla Sierra, J. Ruiz Mesa, J. García Alegría	
<b>IC-09 DESCRIPCIÓN DE LOS PACIENTES DE UNA CONSULTA MULTIDISCIPLINAR DE ARTERIOPATÍA PERIFÉRICA EN MIEMBROS INFERIORES</b> .....	<b>64</b>
F. Martínez Peñalver, M. Rico Corral, M. Soriano Pérez, J. de la Vega Sánchez, J. Serrano Carrillo de Albornoz, M. Monserrat García, E. Salamanca Rivera, R. Pérez Cano	
<b>IC-11 ASPECTOS CUALITATIVOS DE LA ASISTENCIA PRESTADA A PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA</b> .....	<b>65</b>
A. Ruiz Cantero, M. Maíz Jiménez, M. Godoy Guerrero, V. Vega Blanco, R. Mata Aparicio, F. Salgado Ordóñez, V. Díaz Morant, M. Montoro Ortiz	
<b>IC-12 INSUFICIENCIA CARDIACA: ADECUACIÓN DEL TRATAMIENTO EN LA UNIDAD DE CONTINUIDAD ASISTENCIAL DEL HOSPITAL EL TOMILLAR DE SEVILLA</b> .....	<b>66</b>
E. de Villar Conde, A. Romero Alonso, J. Cuesta Gaviño, R. López Alonso, A. Aguirre Palacio, R. Ruiz Tárraga, E. Gómez Camacho	
<b>IC-13 ¿SIRVEN LOS CRITERIOS CLÍNICOS DE FRAMINGHAM PARA PREDECIR DISFUNCIÓN SISTÓLICA EN EL ECOCARDIOGRAMA?</b> .....	<b>67</b>
M. Camacho Fernández, A. Valiente Méndez, B. Escolano Fernández, R. Fernández Ojeda, N. Lara Sires, V. Morales Caballero de León, J. García Mata, M. Aguayo Canela	
<b>IC-14 USO DE IECA, ARA II Y BETA-BLOQUEANTES EN PACIENTES GERIÁTRICOS INGRESADOS CON INSUFICIENCIA CARDIACA CRÓNICA</b> .....	<b>68</b>
A. Valiente Méndez, M. Camacho Fernández, R. Fernández Ojeda, B. Escolano Fernández, A. Prados Gallardo, V. Morales Caballero de León, P. Retamar Gentil, M. Aguayo Canela	
<b>IC-15 INSUFICIENCIA CARDIACA Y APLICABILIDAD DE LOS RESULTADOS DE ENSAYOS CLÍNICOS</b> .....	<b>69</b>
M. Ramos Cantos, M. Guil García, M. Martín Pérez, L. Montero Rivas, S. Fernández Sepúlveda, C. de la Torre Solís, E. Santín Piñero, C. San Román Terán	

## Sumario

<b>IC-16</b> PERFIL DE LOS PACIENTES CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA EN UN HOSPITAL PEQUEÑO.....	69
L. Montero Rivas, M. Guil García, M. Martín Pérez, M. Ramos Cantos, S. Fernández Sepúlveda, J. Pérez Díaz, E. Santín Piñero, C. San Román Terán	
<b>IC-17</b> CUATRO AÑOS DE INSUFICIENCIA CARDIACA EN UN HOSPITAL PEQUEÑO.....	70
M. Ramos Cantos, M. Guil García, M. Martín Pérez, L. Montero Rivas, S. Fernández Sepúlveda, E. Santín Piñero, C. de la Torre Solís, C. San Román Terán	
<b>IC-18</b> ANÁLISIS DEL COMPORTAMIENTO DEL GRD 127 –INSUFICIENCIA CARDIACA– EN ANDALUCÍA PARA EL AÑO 2002.....	71
M. Lea Pereira, J. García Torrecillas, E. Milla Álvarez, A. Lozano Serrano, J. Muñoz Alonso, R. Cotos Canca, J. Salas Coronas	
<b>IF-01</b> SEGURIDAD Y EFICACIA DE LA COMBINACIÓN DE METOTREXATE Y LEFLUNOMIDA A BAJAS DOSIS EN EL TRATAMIENTO DE LA ARTRITIS REUMATOIDE .....	72
M. Pérez Ramos, Y. Abu el Wafa Vaca, P. Sosa Rojas, M. del Castillo Madrigal, A. Benavente Fernández, M. Romero Jiménez, J. Ramos-Clemente Romero, A. Barrios Merino	
<b>IF-02</b> RENDIMIENTO DE LA PAAF EN EL ESTUDIO DEL NÓDULO TIROIDEO: ESTUDIO DESCRIPTIVO DE 105 CASOS .....	72
R. Quirós López, M. Martín Escalante, C. Romero Gómez, M. Delgado Fernández, L. Mérida Rodrigo, S. Domingo González, I. Escot Cabeza, J. García Alegría	
<b>IF-03</b> MANEJO DEL NÓDULO TIROIDEO EN UNA CONSULTA DE MEDICINA INTERNA: ESTUDIO DESCRIPTIVO DE 105 CASOS.....	73
M. Martín Escalante, R. Quirós López, J. Ruiz Mesa, L. Mérida Rodrigo, S. Domingo González, J. Aguilar García, F. Moreno Martínez, J. García Alegría	
<b>IF-04</b> OSTEOMIELITIS TUBERCULOSA EXTRAVERTEBRAL EN PACIENTES INMUNOCOMPETENTES .....	74
M. Aguilar-Guisado, N. Cid, J. Palomino, J. Haro, N. Espinosa, R. Luque, M. Suárez	
<b>IF-06</b> ESTUDIO DE LOS ANTICUERPOS ANTINUCLEARES (ANA) EN EL HOSPITAL SAN AGUSTÍN DE LINARES.....	75
M. Martín Armada, R. Gato Morais, M. Gómez Rodríguez, J. Molina Santiago, S. Hernández Márquez, J. Garijo Forcada	
<b>IF-07</b> PREVALENCIA, FORMAS DE PRESENTACIÓN Y EVOLUCIÓN DE LA TUBERCULOSIS EN UNA POBLACIÓN DE PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO .....	76
R. González León, R. Garrido Rasco, C. Ocaña Medina, F. García Hernández, I. Wichmann, R. Colorado Bonilla, J. Sánchez Román	
<b>IF-11</b> SARCOIDOSIS SISTÉMICA. ANÁLISIS DE UNA SERIE DE 26 CASOS .....	77
E. Molano Tejada, S. Benito Conejero, I. Martín Suárez, A. Escalera Zalvide, E. Pujol de la Llave	
<b>IF-13</b> MÉTODOS DIAGNÓSTICOS DE METÁSTASIS DE PRIMARIO DESCONOCIDO EN EL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ÉLCHE .....	78
M. Molina Garrido, C. Guillén Ponce, A. Carrato Mena	
<b>IF-14</b> VALOR DEL USO DE MARCADORES TUMORALES EN EL DIAGNÓSTICO Y MANEJO DE LAS METÁSTASIS DE TUMOR DE ORIGEN DESCONOCIDO .....	79
M. Molina Garrido, C. Guillén Ponce, A. Carrato Mena	
<b>O-01</b> HIPOFOSFATASIA DEL ADULTO. ESTUDIO FAMILIAR.....	80
M. Merino Rumin, F. Galán Galán, J. Armas Padrón, F. Guerrero Igea, E. Peral Gutiérrez de Ceballos, R. Fernández Ojeda, J. García Mata, M. Aguayo Canela	

<b>RV-03</b> CRIBAJE DE HIPERTENSIÓN PULMONAR MEDIANTE ECOCARDIOGRAFÍA DOPPLER EN UNA SERIE DE PACIENTES CON ESCLERODERMIA.....	81
R. González León, R. Garrido Rasco, F. García Hernández, C. Ocaña Medina, A. Aranda Dios, M. Rodríguez Puras, A. Martínez Martínez, J. Sánchez Román	
<b>RV-09</b> ICTUS ATEROTROMBÓTICOS, FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR Y ANTIAGREGACIÓN.....	82
F. Gamir Ruiz, V. Rodríguez Martínez, G. Gómiz Rodríguez, J. Montes, B. Cervantes Bonet, F. Díez, A. Lazo Torres, A. Barnosi	
<b>RV-10</b> CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN MEDICINA INTERNA CON DIABETES MELLITUS .....	82
J. Montes Romero, B. Cervantes Bonet, F. Gamir Ruiz, F. Díez, V. Rodríguez Martínez, G. Gómiz Rodríguez, M. Granados, M. Zamora,	
<b>RV-11</b> ANÁLISIS DEL TRATAMIENTO PRESCRITO AL ALTA A LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS INGRESADOS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA.....	83
J. Montes Romero, F. Gamir Ruiz, B. Cervantes Bonet, F. Díez, P. Mirón Trigueros, A. Barnosi, M. Zamora, M. Granados	
<b>RV-18</b> SATISFACCIÓN CON EL TRATAMIENTO EN PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2 QUE CAMBIARON SU TERAPIA ANTERIOR POR UNA MEZCLA BIFÁSICA DE INSULINA ASPART Y RETARDADA .....	84
J. Guijo Linares	
<b>RV-19</b> ANTICOAGULACIÓN EN PACIENTES INGRESADOS EN MEDICINA INTERNA Y CARDIOLOGÍA .....	85
F. Gamir Ruiz, B. Cervantes Bonet, J. Montes, F. Díez, A. Lazo, V. Rodríguez Martínez, G. Gómiz Rodríguez, A. Barnosi	
<b>T-03</b> TROMBOFILIA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA: ESPECTRO CLÍNICO E INDICACIONES DE ESTUDIO.....	85
M. Cayón Blanco, P. Gallego Puerto, C. García-Figueras Mateos, A. Ruiz Arias, L. Cabeza Letrán, A. Reguera García, D. Marín Dueñas	
<b>T-04</b> RETIRADA DEL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE EN EL SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO PRIMARIO.....	86
J. Criado García, A. Blanco Molina, L. López Jiménez, J. Ruano Ruiz, F. López Segura, R. Fernández de la Puebla, J. López Miranda, F. Pérez Jiménez	
<b>V-01</b> RESULTADOS DEL PRIMER AÑO DE ACTIVIDAD DEL NÚCLEO DE ESTUDIO DE 'QUALIDADE ASSISTENCIAL': NUESTRA EXPERIENCIA .....	87
J. Rodríguez-Vera, M. Grade, M. de Morais, C. Santos; Núcleo de Estudo da Qualidade Assistencial (NESQA)	
<b>V-03</b> TSH-OMA. ENTIDAD INFRADIAGNOSTICADA .....	88
M. Aguilar Gallego, P. Tarancón Merlo, A. Bolaños Díaz	
<b>V-04</b> PACIENTES ATENDIDOS POR MEDICINA INTERNA EN UN HOSPITAL QUIRÚRGICO DE TERCER NIVEL: ESTUDIO DESCRIPTIVO .....	89
A. Márquez García, F. Báñez Sánchez, G. Duro Ruiz, M. Mateas Moreno, S. Bermudo Conde, E. Gálvez Gálvez, A. Colodro Ruiz, M. Castillo Hernández	
<b>V-06</b> EL FONENDO Y EL BISTURÍ: INTERNISTAS Y MEDICINA PERIOPERATORIA.....	90
V. Navarro Pérez, F. Jódar Morente, M. Requena Pou, M. Mateas Moreno, A. Márquez García, S. Bermudo Conde, J. Trujillo Pérez, N. Marín Gámez	

## Sumario

<b>V-07</b> ALTA MORTALIDAD EN PACIENTES TRAQUEOTOMIZADOS TRÁS EL TRASLADO DESDE UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS A UNA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS .....	91
A. Aguirre-Palacio, J. García-García, R. López-Alonso, E. Gómez-Camacho	
<b>V-08</b> LA DECANULACIÓN EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTERMEDIOS DE PACIENTES TRAQUEOTOMIZADOS PROCEDENTES DE UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS .....	92
A. Aguirre-Palacio, R. López-Alonso, J. García-García, E. Gómez-Camacho	
<b>V-09</b> PERFIL ANTROPOMÉTRICO EN MUJERES FUMADORAS .....	92
B. Escolano Fernández, N. Lara Sires, F. Guerrero Igea, J. García Mata, J. Reveriego Blanez, J. Oliván Martínez, S. Palomo Gil, M. Aguayo Canela	
<b>V-10</b> FACTORES ASOCIADOS AL CONSUMO DE TRANQUILIZANTES EN UNA CONSULTA DE MEDICINA INTERNA .....	93
N. Lara Sires, R. Fernández Ojeda, F. Guerrero Igea, P. Retamar Gentil, J. Reveriego Blanez, M. Rey Rodríguez, M. Merino Rumín, M. Aguayo Canela	
<b>V-11</b> TEST DE LA RIFAMPICINA EN EL DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME DE GILBERT .....	94
F. Pérez Blanco, R. Ríos Fernández, J. Martín Ruiz, F. Miras Parra, A. Rodríguez Cuartero	
<b>V-12</b> POLINEUROPATÍA AMILOIDÓTICA FAMILIAR TIPO I: ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE UNA SERIE DE 20 PACIENTES.....	95
S. Benito Conejero, E. Molano Tejada, J. López Domínguez, I. Martín Suárez, F. Cuesta López, J. Rodríguez Sánchez, C. Manzano Badía, E. Pujol de la Llave	
<b>V-14</b> EVOLUCIÓN DE INTERCONSULTAS REALIZADAS AL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS .....	95
I. Escot Cabeza, S. Domingo González, M. Martín Escalante, J. Aguilar García, R. Quirós López, F. Moreno Martínez, L. Mérida Rodrigo, J. García Alegría	
<b>V-15</b> NEFROTOXICIDAD DEL VALPROATO SÓDICO .....	96
A. Rodríguez Cuartero, R. Ríos Fernández, D. Vinuesa García, F. Pérez Blanco	
<b>V-16</b> MANEJO DEL PACIENTE TERMINAL SUBSIDIARIO DE TRATAMIENTO PALIATIVO EN UNA PLANTA DE MEDICINA INTERNA .....	97
F. Carmona Espinazo, E. Ruiz Blasco, D. Gutiérrez Saborido, R. Gámiz Sánchez, A. Mogollo Galván, A. Macías Carmona	
<b>V-17</b> ENFERMEDAD DE FABRY EN LA PROVINCIA DE HUELVA. PRESENTACIÓN DE UNA SERIE DE TRES CASOS.....	98
A. Escalera Zalvide, I. Martín Suárez, J. Rodríguez Sánchez, E. Molano Tejada, S. Benito Conejero, M. Franco Huerta, E. Pujol de la Llave	
<b>V-18</b> CONCORDANCIA DIAGNÓSTICA ENTRE URGENCIAS Y MEDICINA INTERNA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL. ESTUDIO PRELIMINAR .....	99
D. Sánchez Cano, G. Biosca Echenique, J. Cantero Hinojosa, I. Aomar Millán, D. Vinuesa García, M. Parejo Sánchez, A. Pardo Cabello, C. Tomás Jiménez	
<b>V-19</b> ESTUDIO DESCRIPTIVO DEL FENOTIPO DE PACIENTES CON TOS POR IECA .....	100
R. Fernández Parrilla, M. González Benítez, M. Beltrán Robles, M. Pérez Benito, C. Bautista Vidal, A. Grilo Reina	
<b>V-20</b> PROGRAMA DE INTERVENCIÓN DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA EN PACIENTES DE ALTA COMPLEJIDAD QUIRÚRGICA .....	101
H. Kessel Sardiñas, A. Barnosi Marín, B. Cervantes Bonet, F. Díez García, J. Montes Romero, F. Gamir Ruiz	

<b>V-21</b> ‘DELIRIUM’, UN CLÁSICO FALLO EN LA ATENCIÓN Y EL CONOCIMIENTO Y EL OLVIDO DE UN DIAGNÓSTICO IMPORTANTE .....	101
J. Trujillo Pérez, M. Requena Pou, M. Mateas Moreno, S. Bermudo Conde, S. Reyes Pozo, F. Jódar Morente, M. Linares, N. Marín Gámez	
<b>V-22</b> SEPSIS, UNA CLÍNICA FRECUENTE Y UN GRD POCO COMÚN .....	102
S. Bermudo Conde, J. Trujillo Pérez, M. Requena Pou, M. Mateas Moreno, A. Márquez García, S. Reyes Pozo, M. Linares, N. Marín Gámez	
<b>V-23</b> AGRANULOCITOSIS POR METAMIZOL: ANÁLISIS DE 13 CASOS .....	103
L. Mérida Rodrigo, R. Quirós López, V. Faus Felipe, F. Poveda Gómez, J. Aguilar García, L. Hidalgo Rojas, F. Martos Pérez, J. García Alegría	
<b>V-25</b> ANÁLISIS DE ADENOPATÍAS DERIVADAS DESDE ATENCIÓN PRIMARIA A CONSULTA DE ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA Y TERAPÉUTICA .....	103
J. García Moreno, P. Rodríguez Ortega, A. Escalera, M. Franco, B. Barón Franco, E. Pujol de la Llave	
<b>V-26</b> GRADO DE IMPLANTACIÓN Y SEGUIMIENTO DE UN PROTOCOLO DE MANEJO Y TRATAMIENTO HOSPITALARIO DE LA AGUDIZACIÓN DE LA EPOC EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL .....	104
V. Rodríguez Martínez, J. Calvo Bonachera, G. Gómiz, M. Gálvez Contreras, B. Cervantes Bonet, F. Gamir Ruiz, J. Montes Romero, F. Díez	
<b>V-27</b> USO DE METFORMINA EN PACIENTES DIABÉTICOS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA.....	105
B. Cervantes Bonet, J. Montes Romero, F. Gamir Ruiz, F. Díez García, A. Lazo Torres, M. Pageo, M. Lago	
<b>V-29</b> ESTUDIO DE LA PRESENCIA DEL VIRUS SIMIO 40 EN PACIENTES CON LINFOMA NO HODGKIN EN NUESTRO ENTORNO.....	106
F. Muñoz-Lobato, M. Montes-Cano, C. de la Horra, V. Friaiza, N. Respaldiza, F. Medrano, E. Calderón, F. Capote	
<b>V-33</b> INCIDENCIA DE ANEMIA EN LOS PACIENTES INGRESADOS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA.....	107
A. Reguera García, J. Jiménez Arjona, S. Garzón López, A. Ruiz Arias, M. Cayón Blanco, J. Anglada Pintado, S. Alcaraz García, P. Gallego Puerto	
<b>V-34</b> RESULTADOS DE CURACIÓN DE HERIDAS POR PRESIÓN GRADO 3-4 EN PACIENTES CON DEMENCIA AVANZADA .....	107
A. Rodríguez Hurtado, A. Romero Alonso, E. de Villar Conde, I. Fernández Cordon, C. González Llanos	
<b>V-36</b> OSTEOMESOPICNOSIS. DESCRIPCIÓN DE TRES CASOS EN UNA FAMILIA .....	108
B. Domínguez, E. de la Hoz, A. Romero, J. Gutiérrez, R. Arjona, C. Asencio, J. Fernández, D. García Gil	
<b>V-39</b> ESTUDIO DESCRIPTIVO DEL PERFIL DEL PACIENTE INGRESADO EN UNA SALA DE MEDICINA INTERNA Y SU CUIDADOR PRINCIPAL .....	109
C. Fernández-Roldán, D. Vinuesa García, C. López Robles, J. Cantero Hinojosa, M. Parejo Sánchez, A. Pardo Cabello, C. Tomás Jiménez, A. Martín Moreno	
<b>V-40</b> ANÁLISIS DEL GRADO DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR PRINCIPAL DE PACIENTES INGRESADOS EN MEDICINA INTERNA .....	110
D. Vinuesa García, C. López Robles, C. Fernández-Roldán, M. García Jerez, D. Sánchez Cano, G. Biosca Echenique, J. Cantero Hinojosa, J. Aguilar Martínez	

## Sumario

---

<b>V-41 GRADO DE DEPENDENCIA FÍSICA DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN MEDICINA INTERNA Y CORRELACIÓN CON LAS DISTINTAS COMORBILIDADES .....</b>	<b>111</b>
J. Cantero Hinojosa, D. Vinuesa García, C. Fernández-Roldán, C. López Robles, M. Parejo Sánchez, I. Aomar Millán, A. Díez, J. Bermúdez	
<b>V-42 ENFERMEDAD INTERSTICIAL PULMONAR. ANDALUCÍA, 1998-2001 .....</b>	<b>112</b>
C. San Román Terán, R. Guijarro Merino, M. Guil García, S. Fernández Sepúlveda, G. Urizarri Sánchez, J. Pérez Díaz , M. López Carmona, E. Santín Piñero	
<b>V-43 PERFIL DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA EN UN HOSPITAL PEQUEÑO .....</b>	<b>112</b>
M. Martín Pérez, M. Guil García, L. Montero Rivas, M. Ramos Cantos, S. Fernández Sepúlveda, J. Pérez Díaz, E. Santín Piñero, C. San Román Terán	

# COMUNICACIONES ORALES

## A-04

### ESTUDIO DEL NIVEL DE CITOQUINAS PROINFLAMATORIAS EN PACIENTES CON EPOC COLONIZADOS POR 'PNEUMOCYSTIS JIROVECHII'

L. Rivero<sup>(1)</sup>, M. Montes-Cano<sup>(1)</sup>, V. Friaza<sup>(1)</sup>, N. Respaldiza<sup>(1)</sup>, F. Muñoz-Lobato<sup>(1)</sup>, J. Varela<sup>(2)</sup>, E. Calderón<sup>(2)</sup>, C. de la Horra<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Unidad de Investigación. Fundación Reina Mercedes. Sevilla; <sup>(2)</sup>Servicio de Medicina Interna (UCAMI). Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Sevilla.

**OBJETIVOS:** La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) se caracteriza por una limitación permanente del flujo aéreo debida a la inflamación crónica de la pared bronquial. Diversos estudios han mostrado la existencia de elevados niveles de IL-8 y TNF-alfa en el esputo inducido de estos pacientes. La respuesta inflamatoria local y sistémica parece estar condicionada por la interacción de diversos factores entre los que se incluyen aspectos genéticos, características de la respuesta inmunitaria, tabaco, agresiones externas o la posible presencia de agentes infecciosos. Actualmente, se conoce la existencia de colonización por *Pneumocystis jirovecii* en pacientes con EPOC; además en modelos animales se ha demostrado que *Pneumocystis* provoca un aumento de interleuquinas proinflamatorias. Todo esto permite plantear la posibilidad de que la

mediante PCR tipo Nested en muestras respiratorias. La respuesta inflamatoria se analizó mediante ELISA comercial (R&D Systems) para IL-8, IL-6, TNF-alfa y sFas en muestras séricas. Adicionalmente se analizaron 5 sujetos sin enfermedad pulmonar, en los que se había descartado la colonización por *P. jirovecii* (Pj).

**RESULTADOS:** Se identificó la presencia de *P. jirovecii* en 24 pacientes con EPOC. Los niveles de citoquinas se resumen en la **Tabla 1**. \* Grupos comparados para los que se representa el valor de p. No existieron diferencias significativas entre controles y pacientes con EPOC no colonizados

**CONCLUSIONES:** Parece existir una alteración de la respuesta inflamatoria sistémica definida por un aumento de IL-8, e IL-6 en pacientes con EPOC colonizados por *P. jirove-*

Citoquinas/Pacientes	Controles (n =5)	EPOC sin Pj (n = 18)	EPOC con Pj (n = 24)	p
IL-8 (pg/mL)	6,01	10,67*	19,64*	0,001
TNF-alfa (pg/mL)	4,36	5,03*	8,45*	0,26
IL-6 (pg/mL)	–	5,6*	18,04*	0,001
sFas (pg/mL)	3.747,3	6.933,9*	6.353,7*	0,5

colonización por *P. jirovecii* juegue algún papel en la fisiopatología de la EPOC. El objetivo de este estudio es identificar los cambios inducidos por la colonización por *P. jirovecii* en la respuesta inflamatoria en pacientes con EPOC.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Se incluyeron 42 pacientes diagnosticados de EPOC. La identificación de *P. jirovecii* se realizó

*cii*. Son necesarios estudios más amplios para definir el papel de *Pneumocystis* en la fisiopatología de la EPOC. Financiado parcialmente por Ministerio de Ciencia y Tecnología (SAF 2003-06061), Ministerio de Sanidad (FIS CP 04/217) y Consejería de Salud de la Junta de Andalucía (Referencia 242/05).

## A-17

# CAMBIOS EN EL ESPECTRO ETIOLÓGICO DE LA FIEBRE DE DURACIÓN INTERMEDIA

N. Espinosa<sup>(1)</sup>, J. Haro<sup>(1)</sup>, M. Aguilar<sup>(1)</sup>, E. Cañas<sup>(1)</sup>, M. Bernabeu<sup>(2)</sup>, A. Alarcón<sup>(1)</sup>, A. Martín<sup>(3)</sup>, J. Pachón<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Servicio de Enfermedades Infecciosas; <sup>(2)</sup>Servicio de Medicina Interna; <sup>(3)</sup>Servicio de Microbiología Clínica. Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Sevilla.

**OBJETIVOS:** Analizar la etiología de la fiebre de duración intermedia (FDI) en una cohorte consecutiva de pacientes atendidos ambulatoriamente durante el periodo 2004-2005, con el fin de evaluar los cambios en el espectro etiológico de esta entidad respecto a estudios previos.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio prospectivo de la etiología en pacientes consecutivos con FDI atendidos en la consulta de atención rápida de nuestro Servicio entre el 01/01/2004 y el 31/12/05. Se incluyeron los pacientes mayores de 14 años que cumplían los criterios de FDI previamente establecidos. A todos los pacientes se les realizó una evaluación protocolizada básica que incluía historia clínica y exploración física completas, analítica general, elemental de orina, radiografía de tórax, estudio serológico con 2 determinaciones seriadas separadas al menos 3 semanas (*Brucella melitensis*, incluyendo test rápido de Rosa de Bengala, *Coxiella burnetii*, *Rickettsia typhi* y *R. conorii*, citomegalovirus y virus de Epstein-Barr), y hemocultivos seriados si presentaban fiebre mayor de 38 °C. Adicionalmente, se solicitaban otras exploraciones complementarias de forma individualizada en función de datos clínicos (urocultivo, ecografía abdominal, hormonas tiroideas, serología de parvovirus B19, *Toxoplasma gondii*, *Leptospira spp.*, y VIH). A todos los pacientes se les realizó un seguimiento mínimo de 1 mes después de la primera visita. Se recogieron, según un protocolo estandarizado, datos demográficos, fecha y demora de la primera consulta, procedencia, diagnóstico final, tratamiento inicial, necesidad de ingreso hospitalario, fecha de alta y destino final de cada paciente. Se realizó un análisis estadístico descriptivo mediante SPSS v. 13.0 para Windows.

**RESULTADOS:** Se incluyeron 179 pacientes (100 en 2004 y 79 en 2005), con una edad media de 39,7+15,8 años (rango 14-84, mediana 37), 117 varones (65,4%). Se observó un predominio estacional, con un mayor número de casos de marzo a junio (35%) y de agosto a noviembre (42%). El 57% vivían en ámbito urbano. El 72% de los pacientes

fueron derivados desde el Servicio de Urgencias del Hospital, seguido de atención primaria (16%). En el 61% de los pacientes (109) se llegó a un diagnóstico etiológico, de los cuales 74 (41%) fueron infecciones sistémicas (21 pacientes con fiebre Q aguda, 12 por citomegalovirus, 10 por virus de Epstein-Barr, 8 por primoinfección por VIH, 6 tifus murino, 6 brucelosis aguda, 5 fiebre botonosa mediterránea, 2 toxoplasmosis aguda, 2 sífilis secundaria, 1 infección aguda por parvovirus B19 y una bacteriemia primaria por *Escherichia coli*); 18 (10%) a infecciones localizadas, y 17 (9%) a procesos no infecciosos; en el resto el cuadro se autolimitó espontáneamente (17 pacientes, 9%), o bien con tratamiento antimicrobiano empírico (53 pacientes, 30%), sin llegar a un diagnóstico etiológico. De todos los pacientes incluidos en el estudio, a 133 (74%) se les administró tratamiento antimicrobiano empírico, principalmente con doxiciclina (sola o asociada a otros antimicrobianos, 104, 58%). Diecinueve pacientes (10,6%) requirieron ingreso hospitalario y sólo falleció 1 paciente.

**DISCUSIÓN:** En nuestra área geográfica las infecciones sistémicas siguen siendo la principal causa de la FDI (41%), con la fiebre Q aguda como principal causa. Es importante destacar, respecto a estudios previos, el descenso de la brucelosis aguda y la emergencia de infecciones virales sistémicas, con especial atención a la primoinfección por VIH. En segundo lugar, en aproximadamente el 40% de los casos el proceso se autolimitó espontáneamente o con tratamiento antimicrobiano empírico (principalmente doxiciclina), sin alcanzar un diagnóstico etiológico ni presentar recaídas posteriores durante el seguimiento.

**CONCLUSIONES:** La FDI constituye una entidad clínica frecuente en nuestro ámbito. Su abordaje sistematizado (incluyendo la adherencia estricta a los criterios de inclusión que lo definen) permite que, en la mayoría de los pacientes, la atención se pueda realizar de forma ambulatoria y que el pronóstico sea favorable.

## EA-01

# ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LOS PACIENTES ATENDIDOS POR DETERIORO COGNITIVO EN UNA CONSULTA DE MEDICINA INTERNA DE UN HOSPITAL GENERAL BÁSICO

S. Hernández Márquez<sup>(1)</sup>, J. Rodríguez Toquero<sup>(1)</sup>, N. Muñoz Ruiz<sup>(2)</sup>, J. Sampedro Villasán<sup>(1)</sup>, M. Martín Armada<sup>(1)</sup>, J. Garijo Forcada<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Servicio de Medicina Interna; <sup>(2)</sup>MIR Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital San Agustín. Linares (Jaén).

**OBJETIVOS:** 1. Conocer la proporción de pacientes con demencia, y tipos etiológicos, sobre el total de personas atendidas con diagnóstico de deterioro cognitivo, así como otros diagnósticos finales. 2. Conocer el perfil clínico de los pacientes atendidos. 3. Conocer el resultado de los tests específicos aplicados.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Durante un año se han recogido, de manera prospectiva, los datos de la historia clínica de los pacientes remitidos a una consulta general de Medicina Interna con diagnóstico de deterioro cognitivo. A todos los pacientes se les practicó anamnesis, exploración clínica y pruebas complementarias convencionales y los tests específicos de demencia: test de fluencia semántica, test MIS de Buschke y MEC de Lobo. Cuando se consideró necesario, se practicaron también la escala de isquemia de Hachinski y la escala de depresión de Yesavage. En los casos con sospecha de demencia se realizaron analítica específica (hormonas tiroideas, vitamina B<sub>12</sub>, ácido fólico, serología luética y de Borrelia) y pruebas de imagen cerebral. Los diagnósticos de Alzheimer, demencia por Cuerpos de Levy, demencia multiinfarto y depresión se realizaron de acuerdo con DSM-IV y DSM-III-R. El diagnóstico de deterioro cognitivo leve se basó en los criterios de Petersen *et al.*

**RESULTADOS:** En una consulta general de Medicina Interna, durante un año se atendió a un total de 380 pacientes remitidos desde atención primaria y Urgencias del hospital. De ellos, 33 con diagnóstico de deterioro cognitivo (8,68%), con una edad media de 72,57 años. Ocho fueron varones (24,24%). El 21,87% fueron analfabetos. Sólo el 12,12% tuvieron antecedentes familiares de demencia o enfermedades relacionadas. Con gran diferencia sobre el resto, el síntoma motivo de consulta más frecuente fue la pérdida de memoria (87,88%). El tiempo medio de evolución de los síntomas fue de 19,45 meses antes de la consulta. De

los siguientes síntomas y signos de alarma propuestos por la Alzheimer's Association, los pacientes presentaron: pérdida de memoria: 87,88%; problemas con el lenguaje: 60,6%; desorientación en tiempo y lugar: 63,64%; cosas colocadas en lugares erróneos: 63,64%; cambios en el humor o en el comportamiento: 66,67%; pérdida de iniciativa: 81%. Otros síntomas y signos recogidos fueron: descuido del aspecto personal: 43,75%; problemas de reconocimiento: 43%; trastornos de cálculo: 48,48%; alucinaciones: 18%; irritabilidad: 45,45%. La puntuación media de los tests específicos aplicados fueron: test de fluencia semántica: 7,78, con un rango de 1 a 19; test MIS de Buschke: 5,39; MEC de Lobo: 22,39, con un rango de 3 a 35. Del total de pacientes atendidos por deterioro cognitivo, un 39,4% tuvieron enfermedad de Alzheimer; un 18,18%, deterioro cognitivo leve; un 12,12%, depresión; un 9%, demencia multiinfarto; y un 6%, demencia por Cuerpos de Levy. En un 18,18% no se apreció patología relacionada con trastorno cognitivo.

**CONCLUSIONES:** El número de enfermos derivados a nuestra consulta de Medicina Interna general por deterioro cognitivo es alto, y se espera que aumente dado el envejecimiento progresivo de la población. El perfil clínico de los enfermos con demencia fue el estándar siendo la "pérdida de memoria" el síntoma fundamental de inicio, presente además en el 87,88% de los enfermos. El porcentaje de diagnósticos de enfermedad de Alzheimer sobre el total de demencias diagnosticadas fue de un 73%, similar a otras series publicadas. El papel del internista y del médico de familia en el diagnóstico y manejo de la demencia en general y del Alzheimer en particular debe ser cada vez más preponderante, en un intento de liberar carga al especialista de neurología en una enfermedad con unos niveles de incidencia y prevalencia cada vez más elevados.

## G-13

# VALORACIÓN DE UN PROGRAMA PERSONALIZADO DE EDUCACIÓN SANITARIA DIRIGIDO A CUIDADORES FAMILIARES DE PACIENTES DEPENDIENTES

Á. Rodríguez Hurtado, C. González Llanos, T. Hernández Sánchez, A. Ruiz Acosta, P. Ruiz Hernández, M. Molina Llovet, I. Fernández Cordón

UCA. Hospital El Tomillar. Dos Hermanas (Sevilla).

**OBJETIVOS:** Los pacientes con alto grado de dependencia se caracterizan por precisar ayuda para la realización de sus cuidados básicos (alimentación, higiene, movilidad y eliminación). Dichos cuidados son administrados en su mayoría por los cuidadores familiares. En la práctica diaria no se evalúa sistemáticamente el nivel de conocimientos y habilidades de los cuidadores, por lo que no se realizan habitualmente actividades de mejora en los casos en que existan carencias formativas. Por todo ello, nuestro objetivo es: 1) valorar el nivel de conocimientos y habilidades de los cuidadores para la administración de cuidados básicos; y 2) evaluar la efectividad de un programa de educación sanitaria dirigido a los cuidadores familiares.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Población diana: Cuidadores familiares de pacientes con un Barthel basal < 25 ingresados en un hospital de crónicos y paliativos de un Área Sanitaria preferentemente rural. Los cuidadores otorgaron su consentimiento voluntario para participar. Periodo de estudio: octubre 2003 a abril 2004. Intervención: 1) Evaluación basal del nivel de conocimientos y habilidades del cuidador mediante encuesta y observación directa; 2) Sesiones formativas individualizadas a pie de cama, adaptadas a las carencias detectadas, impartidas por un tutor enfermero asignado (todos los tutores utilizaron el mismo material formativo para evitar la heterogeneidad de las recomendaciones); 3) Sesiones formativas interactivas de grupo, con otros cuidadores; 4) Evaluación de los conocimientos y habilidades adquiridas, mediante observación directa, siete días después de la primera valoración. Diseño: Estudio cuasiexperimental (antes-después, sin grupo control).

**RESULTADOS:** Se incluyeron a 73 cuidadoras. La proporción de carencias detectadas antes de la intervención en las distintas áreas de cuidados osciló entre el 22,2% y el 50,7%. La mejora absoluta media en dichas áreas fue del 25,6%.

**DISCUSIÓN:** Hemos encontrado abundantes estudios que demuestran la efectividad de programas educativos para el automanejo de la enfermedad en procesos crónicos (dirigidos al propio enfermo) pero no hemos encontrado ninguno dirigido a los cuidadores. Las carencias detectadas no deben ser achacables en ningún modo a los cuidadores, sino más bien debe ser una responsabilidad del sistema sanitario y muy especialmente de los profesionales de enfermería, que deberíamos tanto en atención primaria como en especializada valorar los conocimientos, habilidades y actitudes de los cuidadores familiares. Sin embargo, según la encuesta del Imsero 2004 sólo el 10% de los cuidadores familiares encuestados afirmaron haber recibido educación sanitaria reglada por parte del personal sanitario Especialmente en el caso de la dependencia, y teniendo en cuenta que la mayor parte del tiempo que se le dedica al cuidado a estos pacientes es ofertado por los cuidadores familiares, proponemos que en la valoración inicial de enfermería se incluya una valoración de competencias del cuidador e intentar corregir aquellos déficit que se detecten y desarrollar la idea de que en la dependencia no tratamos a un paciente, sino a un tándem indisoluble paciente-cuidador y que la evolución del primero puede depender en gran parte de los conocimientos, habilidades y actitud del segundo.

**CONCLUSIONES:** Existen carencias formativas importantes en los cuidadores familiares de pacientes dependientes. Un programa formativo a pie de cama durante el ingreso podría ser efectivo para mejorar dichas carencias. El diseño utilizado (antes-después sin grupo control) es un diseño metodológicamente débil, que impide afirmar con rotundidad el grado de efectividad del programa educativo. Pero de todas formas no debemos olvidar el gran tamaño del efecto conseguido (una mejora absoluta media del 25%).

## IC-04

# INSUFICIENCIA CARDIACA CON FUNCIÓN VENTRICULAR PRESERVADA. ¿CONOCEMOS LA DIMENSIÓN DEL PROBLEMA?

J. Carrasco Sánchez, A. Escalera Zalvide, M. Franco Huerta, C. Borrachero Garro, E. Pujol de la Llave

Servicio de Medicina Interna. Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva.

**OBJETIVOS:** La insuficiencia cardiaca (IC) con función ventricular sistólica preservada es una entidad clínica controvertida. Sin embargo, numerosos pacientes presentan clínica de IC y, cuando medimos su FEVI, ésta resulta estar dentro de los límites de la normalidad. Los objetivos de nuestro trabajo son: cuantificar su dimensión (estimando su prevalencia) y determinar la asociación a variables de interés clínico.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio de corte (*cross-sectional*), con una muestra aleatoria de los pacientes ingresados durante el año 2005 en nuestro centro y cuyo diagnóstico principal al alta fue el de IC. Para el diagnóstico de FEVI preservada el punto de corte se estableció en el 45%. Se describen los subgrupos y se formula una hipótesis de igualdad de los mismos, mediante una *t*-Student y U-Mann-Whitney (variables cuantitativas) y el estadístico X<sup>2</sup> (variables cualitativas), ambos con un nivel de significación ( $\alpha < 0,05$ ). En aquellas variables que hemos rechazado la hipótesis de igualdad hemos calculado la razón de prevalencia (RP) para estimar el tipo y grado de asociación.

**RESULTADOS:** A un total de 166 pacientes [77,2% (IC: 0,828-0,716)], de los 215 estudiados se les practicó una ecocardiografía. La prevalencia de IC con FEVI preservada fue del 69,3% (IC: 0,763-0,623). La edad media fue 73,08 años (DS 8,05) con un predominio de mujeres (61,7%). La presencia de FRCV fue: HTA (79,1%), DM (43,5%), dislipemia (38,3%), tabaquismo (33,9%). Etiologías prevalentes, cardiopatía hipertensiva (67,9%) y cardiopatía isquémica (32,1%). Presentación en forma de EAP (14,8%), ingreso en UCI (5,2%) y estabilización en observación (42,6%). La presencia de BCRHH (7%) y una AI dilatada (73%). Otras variables: FA (52,2%), anemia (34,8%), IR [creatinina >1,8 mg/dL] (4,3%) y un Charlson [Me 4 (3-4)]. Tratamientos: IECA (58,3%), BB (36,5%), ARA II (20,9%), espirolactona (14,8%), diuréticos (88,7%), digoxina (26,1%), miodarona (18,3%), antiagregantes (44,3%), anticoagulantes (43,5%),

nitritos (40%), estatinas (36,5%) y ningún paciente había sido subsidiario de TRC-D. La situación funcional NYHA I-II (67,8%) y III-IV (32,2%). La estancia media fue de 11,9 días (DS 7,25), y la proporción de reingresos del 28,7%, con una Me 60 días (20,5-150). La mortalidad intrahospitalaria fue del 1,7% (IC: 0,238-0,102). Se rechaza la hipótesis de igualdad ( $\alpha < 0,05$ ), en las siguientes variables (se calcula la RP). Para la variable género (mujer) RP [5,86(2,72-12,62)], tabaquismo RP[0,35(0,18-0,70)], BCRHH RP[0,13(0,05-0,34)], EAP RP[0,31(0,14-0,68)], FA RP[2,38(1,19-4,78)], Irenal RP[0,16(0,05-0,50)], para los tratamientos (IECA RP[0,29(0,13-0,67)], BB RP[0,15(0,07-0,34)], espirolactona RP[0,29(0,13-0,62)], antiagregantes RP[0,30(0,14-0,61)] y estatinas RP[0,40(0,20-0,79)] y la cardiopatía hipertensiva RP[5,32(2,49-12,25)].

**DISCUSIÓN:** La IC con FEVI preservada es una entidad clínica con elevada frecuencia. Se destacan las variables que se asocian de forma muy positiva, como el género femenino, la cardiopatía hipertensiva (causa conocida de disfunción diastólica) y la presencia de FA (fuertemente asociada a la descompensación clínica), así como las variables con NO asociación como el tabaquismo (podría explicarse por menos enfermedad coronaria); y, francamente interesante, el menor uso de determinados tratamientos sin evidencia sistemática de utilidad en la IC con FEVI preservada. También cabe resaltar cómo las variables de mortalidad, estancia media, reingresos y grado de disnea de la NYHA, mayor severidad, presentan una igualdad de asociación en los dos grupos, indicando la NO benignidad de esta entidad clínica.

**CONCLUSIONES:** La IC con FEVI preservada es un grupo numeroso de pacientes con un peso específico propio, tanto en volumen como en complejidad. Las mujeres, la cardiopatía hipertensiva y la FA son las situaciones donde fuertemente se asocia este proceso. Los clínicos aún infrautilizamos el arsenal terapéutico disponible, probablemente por la menor evidencia científica del mismo.

## IC-10

## RELACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA CON VARIABLES PRONÓSTICO EN LA INSUFICIENCIA CARDIACA

E. Contreras de Miguel, M. Montero Pérez-Barquero, L. López Jiménez, J. Ortiz Minuesa, R. Martínez Fernández, J. Ampuero Ampuero, P. Cuadrado Marín, I. Cañadillas Hidalgo

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

**OBJETIVOS:** Relacionar la calidad de vida medida con el test SF-36 con variables pronóstico en pacientes con insuficiencia cardiaca.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** De los pacientes ingresados por una descompensación de IC, entre enero de 2004 y junio de 2005, un total de 100, fueron seguidos tras el alta. La recogida de datos fue mediante hoja de protocolo, entrevista e historia clínica. Al

**DISCUSIÓN:** La medida de la calidad de vida aporta información de la percepción del paciente de su propia enfermedad, y ha sido utilizada para valoración de resultados de tratamiento y evaluación pronóstica. En nuestro estudio, una menor hemoglobina se relaciona con una puntuación peor de la calidad de vida en las dimensiones: función física, dolor, función social, rol emocional y

FuF	LiF	Dolor	SaG	Vi	FuS	RoE	SaM
38,8±24,8	35,5±44,7	46,5±23,2	47,1±15,8	52,3±16,5	45,9±20,1	56,9±48,4	59,7±13,9

mes del alta hospitalaria se administró el test de calidad de vida SF-36 (mayor puntuación, mejor calidad de vida). Se aplicó un diseño de cohorte prospectivo y un análisis de regresión lineal paso a paso mediante el programa SPSS v. 12.0E.

**RESULTADOS:** Edad 75,1±8,5 años, 51% mujeres. El 100%, con clase funcional 2 ó 3 de la NYHA, 47% diabéticos, 32% EPOC; 45% con fibrilación auricular. IMC 29,5±4,7; TAS 132,4±20,6; Hb 12,5±1,7; aclaramiento de creatinina (CCr) 58,53±25,5; FEVI 54,9 ±15,1; e índice de Charlson 5,02±1,5. En la **Tabla 1**, se expresan las puntuación de escalas del SF-36. En la **Tabla 2**, se recogen los modelos de regresión para las distintas escalas del SF-36.

vitalidad. Un mayor índice de masa corporal se relaciona inversamente con la puntuación en la dimensión dolor. Un mayor índice de Charlson se relaciona inversamente con las puntuaciones de salud mental y rol emocional. Sorprende que la mayor edad se relaciona con mayor puntuación de la dimensión rol emocional, aunque ello podría indicar que los pacientes mayores tienen mayor grado de resignación ante la enfermedad.

**CONCLUSIONES:** La calidad de vida medida por el SF-36 en pacientes con insuficiencia cardiaca se relaciona con factores pronósticos como anemia, obesidad, grado de comorbilidad y la edad.

VARIABLES dependientes	VARIABLES independientes	Coefficiente Beta	Nivel de significación
FuF	Hb	0,305	0,002
Dolor	Hb IMC	0,258 -0,207	0,009 0,035
FuS	Hb	0,244	0,014
SaM	Charlson	-0,242	0,015
RoE	Hb Charlson Edad	0,339 -0,237 0,197	0,001 0,013 0,037
Vi	Hb	0,209	0,037

IF-05

EXPERIENCIA A LARGO PLAZO CON EL TRATAMIENTO  
ANTI-CD20 EN PACIENTES CON ENFERMEDADES  
SISTÉMICAS AUTOINMUNES RESISTENTES

R. Garrido Rasco<sup>(1)</sup>, R. González León<sup>(1)</sup>, F. García Hernández<sup>(1)</sup>, C. Ocaña Medina<sup>(1)</sup>,  
S. Flores Moreno<sup>(2)</sup>, E. Espejo Gutiérrez<sup>(2)</sup>, I. Wichmann<sup>(3)</sup>, J. Sánchez Román<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Servicio de Medicina Interna (Unidad de Colagenosis/Hipertensión Pulmonar);

<sup>(2)</sup>Servicio de Farmacia; <sup>(3)</sup>Servicio de Inmunología.

Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Sevilla.

**OBJETIVOS:** Evaluar la utilidad de rituximab (Rtx), anticuerpo monoclonal anti-CD20, en enfermedades autoinmunes sistémicas refractarias a otros tratamientos.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio prospectivo sobre 12 pacientes (7 con lupus eritematoso sistémico –LES–, 4 con granulomatosis de Wegener –GW– y 1 con conectivopatía de superposición y trombopenia autoinmune) controlados en una unidad especializada de un hospital de tercer nivel. Se administraron 4 dosis semanales de Rtx, 2 quincenales de ciclofosfamida, y glucocorticoides y otros inmunosupresores según se estimó necesario en cada caso.

**RESULTADOS:** Entre los pacientes con LES, la proteinuria se redujo por debajo de 1 gramo al día en 5 (83%), con mejoría paralela evidente en el sedimento urinario. La serositis se resolvió en los 2 casos. Un paciente requirió 3 ciclos de tratamiento antes de obtener una respuesta adecuada, y otro requirió un segundo ciclo por recaída. Sólo un paciente con GW tuvo una respuesta favorable. El paciente tratado por trombopenia autoinmune tuvo una respuesta favorable, sin recurrencias, y además sus niveles de creatinquinasa (CK) tendieron a normalizarse. Hubo 2 eventos adversos graves (insuficiencia renal terminal y colitis grave en una paciente con LES, y fallecimiento de un paciente con GW), que no se atribuyeron directamente a Rtx. Los niveles de inmunoglobulinas no se modificaron sustancialmente. No hubo reacciones infusionales ni infecciones asociadas.

**DISCUSIÓN:** El tratamiento de los pacientes con enfermedades sistémicas autoinmunes refractarias al tratamiento convencional supone un reto. Rtx es un anticuerpo monoclonal quimérico anti-CD20, que provoca una depleción

transitoria de linfocitos B. La experiencia en el tratamiento del LES es limitada. Las alteraciones cutáneo-articulares y la serositis suelen responder bien, y la nefritis lo hace en grado variable. Los resultados en nuestra serie tras un año de seguimiento son alentadores: niveles de creatinina similares a los basales en 6/7 pacientes (85,7%); reducción de proteinuria por debajo del límite prefijado (1 g/día) en 5/7 pacientes (71,4%), y por debajo de 500 mg/día en 3 (42,8%); y sedimento urinario normalizado o alteraciones leves en estos 5 casos. Los resultados son más relevantes tras considerar el perfil de respuesta previa a otros tratamientos. La respuesta respecto a las manifestaciones restantes fue muy satisfactoria, y el valor medio del índice de actividad SLEDAI se redujo significativamente. Aunque los resultados publicados en la GW son bastante favorables, nuestra experiencia no ha sido buena (respuesta favorable en ¼ pacientes, 25%). Como otros autores, pensamos que la existencia de lesiones predominantemente granulomatosas pudo condicionarlo. Finalmente, la paciente tratada por trombopenia tuvo una magnífica respuesta, sin recaídas tras un año de seguimiento, y con tendencia paralela a normalización de los niveles de CK. No se produjeron reacciones infusionales. Los niveles de Ig no se modificaron se forma apreciable ni se desarrollaron infecciones. Dos pacientes sufrieron eventos adversos graves, pero no creemos que se relacionen con Rtx.

**CONCLUSIONES:** Rituximab resultó útil en pacientes con LES resistente a otros inmunosupresores. Por el contrario, su eficacia en la GW resultó limitada. La respuesta de la trombopenia fue completa y mantenida.

IF-08

ESTUDIO ANATOMOPATOLÓGICO DE LAS LESIONES  
PULMONARES EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN  
ARTERIAL PULMONAR ASOCIADA A ENFERMEDADES  
AUTOINMUNES SISTÉMICAS

R. Garrido Rasco<sup>(1)</sup>, R. González León<sup>(1)</sup>, R. Cabrera Pérez<sup>(2)</sup>, C. Ocaña Medina<sup>(1)</sup>, F. García Hernández<sup>(1)</sup>,  
R. Colorado Bonilla<sup>(1)</sup>, A. Carranza Carranza<sup>(2)</sup>, J. Sánchez Román<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Servicio de Medicina Interna (Unidad de Colagenosis/Hipertensión Pulmonar);

<sup>(2)</sup>Servicio de Anatomía Patológica.

Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Sevilla.

**OBJETIVOS:** Valorar los hallazgos anatomopatológicos en pacientes con hipertensión arterial pulmonar (HAP) asociada a enfermedades sistémicas autoinmunes (EAS) y establecer sus semejanzas o diferencias con las que se han definido en pacientes con HAP idiopática

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Hemos estudiado una serie de 81 pacientes afectos de HAP. En veintiocho de ellos (35%) se trata de una HAP asociada a EAS. Se realizó estudio anatomopatológico pulmonar en 8: en 3 mediante biopsia por toracotomía y en 6 por necropsia. Siete habían sido diagnosticados de HAP según protocolo de nuestra Unidad (valoración clínica, radiología, electrocardiografía, ecocardiografía-Doppler y cateterismo derecho) y uno más mediante necropsia. El diagnóstico de EAS se estableció según los criterios internacionalmente admitidos en cada caso.

**RESULTADOS:** Los diagnósticos de EAS en el total de la serie fueron: esclerosis sistémica (ES) en 13 casos (14,8% de la serie total), lupus eritematoso sistémico (LES) en 10 casos (12,3%), artritis reumatoide (AR), dermatopolimiositis (DM/PM) y síndrome de Sjögren (SS) en 2 casos (2,5%; un SS era secundario a LES), respectivamente, por cada entidad. Un paciente con enfermedad mixta del tejido conectivo (EMTC) sin HAP conocida fue diagnosticado de esta última post mortem. El estudio anatomopatológico se realizó en 8 casos; en 6 mediante necropsia y en 3 mediante biopsia (toracotomía); en una paciente se obtuvieron muestras por ambos métodos. Siete de los pacientes (87,5%) eran mujeres. Los diagnósticos de la EAS de base fueron: LES en 3 casos (50%), ES en 2 (37,5%) y DM, EMTC y conectivopatía de superposición LES/PM en un caso respectivamente (12,5%). Los hallazgos anatomopatológicos más significativos fueron: hipertrofia de la íntima en 4 casos (50%); hipertrofia de la capa muscular en 5 (63%); lesiones plexiformes en 2 (25%); trombosis recanalizada de pequeño vaso en 3 (36%); trom-

bos plaquetarios en 1 (12,5%); hemangiomatosis capilar pulmonar en 1 (12,5%); componente de fibrosis pulmonar intersticial asociada en 1 (12,5%). Se apreció una importante hipertrofia de ventrículo derecho en todos los casos estudiados mediante necropsia. En ninguno de los pacientes se observó la presencia de un componente inflamatorio intersticioalveolar ni vascular.

**DISCUSIÓN:** Determinadas EAS (especialmente ES, pero también LES y DM/PM) se asocian al desarrollo de HAP con una frecuencia mucho mayor a la observada en la población general. Es de sumo interés la vigilancia periódica de estos pacientes para llegar a un diagnóstico, y establecer un tratamiento, lo más precozmente posible en caso de que se desarrolle HAP. Los algoritmos diagnósticos para la HAP, admitidos internacionalmente, no incluyen la realización de biopsia pulmonar de forma rutinaria pero indican su realización en determinadas circunstancias, entre ellas descartar o confirmar la existencia de un componente de vasculitis. Por otra parte, es un tema muy debatido la inclusión o no de medicación inmunosupresora en el caso particular de pacientes con HAP asociada a enfermedades autoinmunes sistémicas. En nuestra experiencia, las lesiones anatomopatológicas presentes en los pacientes con HAP asociada a EAS (independientemente de la modalidad de esta última) son absolutamente superponibles a las que se observan en pacientes con HAP idiopática. No hemos observado la coexistencia de lesiones inflamatorias intersticio-alveolares ni vasculares en ningún caso.

**CONCLUSIONES:** En los pacientes con HAP asociada a EAS: 1. Las lesiones observadas son superponibles a las presentes en pacientes con HAP idiopática; 2. No observamos la presencia de alteraciones inflamatorias concomitantes; 3. La HAP, por sí misma, no es motivo para tratamiento inmunosupresor; y 4. No consideramos indicada la realización de biopsia pulmonar.

## IF-12

# LA RESPUESTA INFLAMATORIA EN CÉLULAS MONONUCLEARES DE SANGRE PERIFÉRICA SE VE MODULADA DE FORMA AGUDA POR EL TIPO DE GRASA

A. García Ríos, N. Delgado Casado, B. Cortés, C. Marín,  
R. Gallego, F. Fuentes, F. Pérez Jiménez, J. López Miranda

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

**OBJETIVOS:** Determinar la influencia de la ingesta de tres desayunos ricos en grasa en la respuesta posprandial del TNF, IL-6 y MCP-1 en células mononucleares y plasma.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Veinte hombres sanos recibieron tres sobrecargas grasas consistentes entre la mitad y dos tercios de las calorías diarias ingeridas habitualmente por el individuo y compuesta de 1 g de grasa/kg peso, 7 mg de colesterol/kg peso y 40 equivalentes de retinol/kg de peso, con la siguiente distribución calórica: 60% de grasa, 15% de proteína y 25% de hidratos de carbono (HC). La composición en grasa para el estudio de lipemia posprandial fue la siguiente: rica en mantequilla (38% SAFA, 22% MUFA, 4% PUFA, 0,7% ácido  $\alpha$ -linolénico [LNA]); rica en aceite de oliva (22% SAFA, 38% MUFA, 4% PUFA, 0,7% LNA); rica en nueces (20% SAFA, 24% MUFA, 16% PUFA, 4% LNA). Las muestras de sangre fueron tomadas a las 0, 3, 6 y 9 h tras la sobrecarga grasa y se les determinó el nivel de ARN mensajero (ARNm) para el TNF- $\alpha$ , IL-6 y MCP-1

en células mononucleares, así como sus concentraciones en plasma.

**RESULTADOS:** El desayuno rico en mantequilla produjo un incremento mayor en los niveles de ARNm para el TNF- $\alpha$  que el rico en aceite de oliva a las tres horas de la ingesta grasa. Además, encontramos un efecto de la interacción entre el tipo de grasa consumida y el tiempo en la respuesta del ARNm para la IL-6, de forma que a las tres horas observamos una reducción en los niveles de dicho mensajero con la sobrecarga rica en nueces comparado con la de mantequilla y la de aceite de oliva. En el resto de parámetros no se encontraron diferencias significativas.

**CONCLUSIONES:** La respuesta inflamatoria producida tras la sobrecarga grasa fue mayor con el consumo de un desayuno rico en mantequilla, intermedia con el de aceite de oliva y menor con el de nueces, como así lo indican los niveles de ARNm para el TNF- $\alpha$  e IL-6 en las células mononucleares de varones sanos.

## RV-02

# PREVENCIÓN SECUNDARIA CON ESTATINAS. ¿CUMPLIMOS LAS RECOMENDACIONES?

M. Romero-Jiménez, M. Pérez Ramos, Y. Abu el Wafa Vaca, P. Sosa Rojas, M. del Castillo Madrigal,  
A. Benavente Fernández, A. Maraver García, A. Barrios Merino

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

**OBJETIVOS:** Los pacientes con enfermedad coronaria o equivalente de riesgo coronario tienen un riesgo estimado a 10 años mayor del 20%. El objetivo terapéutico para estos pacientes con riesgo vascular elevado según los criterios de la ATP-III es mantener niveles de colesterol LDL inferiores a 100 mg/dL.<sup>(1)</sup> Queremos conocer el cumplimiento de esta recomendación en la práctica clínica habitual.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Se realizaron dos cortes transversales entre noviembre de 2004 y enero de 2005. Se incluye-

ron todos los pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Infanta Elena de Huelva. Se realizó una estimación del riesgo vascular de todos los pacientes seleccionados y posterior evaluación del cumplimiento de tratamiento con estatinas mediante revisión de informe de alta.

**RESULTADOS:** Se seleccionaron inicialmente 154 pacientes de los cuales 24 fueron excluidos (8 pacientes no se incluyeron por extrema gravedad, de los cuales 4 evolucionaron al exitus durante el ingreso y 16 se excluyeron por no

completar el estudio). El 59,7% (n = 80) de los pacientes eran hombres. La edad media fue de 70,4 años (DE: 14,8). El 72,3% de los pacientes estudiados presentaban enfermedad coronaria o equivalente de riesgo coronario. Presentan enfermedad coronaria el 25,4%, equivalente de riesgo coronario (diabetes mellitus 37,3%, enfermedad arterial periférica 6,7%, estenosis carotídea severa 3,7%, ictus cerebral aterotrombótico 14,9%, aneurisma de aorta abdominal 0,7%). Pacientes con más de dos factores de riesgo sin enfermedad coronaria o equivalente de riesgo coronario y con más del 20% de riesgo a 10 años según las tablas de Framingham, el 6,7%. El 64% de los pacientes con alto riesgo vascular tenían niveles LDL superiores a los recomendados. Sólo el 40% de estos pacientes tienen prescrito tratamiento hipocolesterolemiante en el informe de alta.

**DISCUSIÓN:** La mayoría de los pacientes ingresados en los servicios de Medicina Interna por cualquier causa tienen un riesgo vascular elevado, siendo la diabetes mellitus el motivo más determinante para pertenecer a este grupo. Más de la mitad de los pacientes precisan tratamiento con

estatinas según las recomendaciones actuales, y menos de la mitad reciben tratamiento al alta. Estos datos no difieren mucho de otros trabajos en los que el cumplimiento se sitúa en torno al 35%.<sup>(2)</sup> La alta prevalencia de riesgo vascular elevado en los pacientes ingresados en los servicios de Medicina Interna hace necesaria una estimación del riesgo, valoración de perfil lipídico y tratamiento en caso necesario.

**CONCLUSIONES:** Estamos lejos de cumplir las recomendaciones actuales en pacientes con riesgo elevado.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Executive Summary of the Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III) *Jama* 2001; 285: 2486-97.
2. McBride P, Schorrt HG, Plane MB, Underbakke G et al. Primary Care Practice Adherence to National Cholesterol Education Program Guidelines for patients with coronary heart disease. *Arch Intern Med* 1988; 158: 1238-44.

## RV-04

# RELACIÓN ENTRE EL SÍNDROME METABÓLICO Y EL DÉFICIT DE LA HORMONA DE CRECIMIENTO DEL ADULTO EN SUJETOS HIPERTENSOS. POLIMORFISMOS GENÉTICOS DE LA HORMONA DEL CRECIMIENTO

D. Nieto Martín, A. Vallejo Vaz, V. Alfaro Lara, R. Ramírez Lorca, M. Miranda Guisado, E. Pamies Andreu, P. Stiefel García Junco, O. Muñiz Grijalvo

*Servicio de Medicina Interna.*

*Unidad Clínico Experimental de Riesgo Vascular. Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Sevilla.*

**OBJETIVOS:** Estudio observacional, para determinar la relación entre los posibles haplotipos de la región promotora del gen de la GH, y la existencia de SM, en un grupo de sujetos hipertensos de reciente comienzo.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudiamos un total de 126 sujetos hipertensos de reciente comienzo, durante el periodo 2002-2004. Se excluyeron pacientes con hipertensión secundaria. Clasificamos a los pacientes por grupos, según si cumplían o no criterios de SM, según el ATP-III. Utilizamos un grupo control constituido por 25 sujetos no hipertensos y sin criterios para SM. Se realizaron las siguientes determinaciones bioquímicas: perfil lipoproteico, sobrecarga oral de glucosa, glucosa, insulina y GH en condiciones basales, a los 15, 30 y 60 minutos. Estimación del índice HOMA. Estudio genético: se analizaron las variantes genéticas de la GH por técnica de PCR según el protocolo de Giordano *et al.* Análisis estadístico: paquete informático SPSS y para la frecuencia de los haplotipos el Thesias *software*.

**RESULTADOS:** 20 sujetos cumplían criterios de SM y 83 no. El polimorfismo c-94-93DelG, de la región pro-

motora del gen de la GH, fue el único asociado con la presencia de SM. No hubo diferencia en la prevalencia de este polimorfismo entre los sujetos y el grupo control. El haplotipo AGdel AAA fue significativamente más prevalente en los pacientes con SM (OR 13,9; 1,94-100,4). Sin embargo el haplotipo AGGAAA se asoció con un descenso del riesgo de alteraciones en el metabolismo de la glucosa (OR 0,23; 0,055-0,95).

**DISCUSIÓN:** El síndrome metabólico (SM) constituye una constelación de factores de riesgo que están relacionados con una mayor prevalencia de enfermedades cardiovasculares. Existe una importante similitud entre el SM y el déficit de hormona del crecimiento (GH) del adulto. En la fisiopatología del mismo estarían implicados factores ambientales y genéticos. En este sentido, variaciones funcionales en el gen de la GH podrían estar relacionadas con la génesis del SM.

**CONCLUSIONES:** Las variantes genéticas de la región promotora de la GH pueden estar implicadas en el desarrollo de SM en pacientes hipertensos.

## RV-05

# ESTUDIO DEL SAHS EN EL HOSPITAL SAN AGUSTÍN DE LINARES

J. Cruz Molina<sup>(1)</sup>, J. Garijo Forcada<sup>(2)</sup>, A. Soto Venegas<sup>(1)</sup>, R. Gallardo González<sup>(3)</sup>, J. Sampedro Villasán<sup>(2)</sup>

<sup>(1)</sup>Servicio de Neumología; <sup>(2)</sup>Servicio de Medicina Interna; <sup>(3)</sup>Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias.  
Hospital San Agustín. Linares (Jaén).

**OBJETIVOS:** Conocer el tipo de estudios realizados durante el sueño en el hospital San Agustín de Linares (Jaén) en el periodo comprendido entre el año 2003 y 2005, así como el resultado diagnóstico y tratamiento de los pacientes con síndrome de apnea e hipopnea del sueño (SAHS).

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio descriptivo retrospectivo de datos obtenidos en la historia clínica, el registro de estudios de sueño (pulsioximetrías y estudios poligráficos respiratorios) y en el registro de terapias respiratorias del hospital San Agustín. Población: todos los pacientes derivados desde el año 2002 al 2005 desde la consulta de neumología para estudio de sueño y todos aquellos en tratamiento con CPAP/BIPAP para control del SAHS en nuestra área. Las poligrafías respiratorias de sueño (PR) se realizaron con un polígrafo que registraba posición corporal, oximetría, frecuencia cardiaca, movimientos torácicos y abdominales, ronquido y flujo oronasal, mediante ingreso hospitalario (Medicina Interna) durante una noche con registro automático y validación manual. Las pulsioximetrías nocturnas (PN) se realizaron en el domicilio del paciente con registro de saturación de oxígeno y frecuencia cardiaca. Se consideró SAHS cuando el IAH fue > 10 o cuando el índice de desaturaciones por hora en la pulsioximetría fue > 10. La indicación de terapia con CPAP se realizó siguiendo las indicaciones de la SEPAR (Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica).

**RESULTADOS:** Entre 2003 y 2005 se solicitó por neumología, por sospecha de SAHS, 235 PR, 372 PN, realizándose 178 PR (75,7%) y 332 PN (89,2%) a 175 y 330 pacientes respectivamente, siendo estudiados en total 509 pacientes. En las PG la edad media fue 52 años (DE: 13), y para las PN, de 53 (DE: 12). En cuanto al sexo, la relación V/M es 5,3/1 para la PG y 4/1 para la PN. La espera media para las PG fue de 9 meses y 23 días (DE: 8 meses y 17 días) y para las PN de 3 meses y 19 días (DE: 3 meses y 8 días). De 147 PG disponibles se diagnosticaron 102 SAHS (69,4%; V/M: 92/10), y se prescribió CPAP a 94 (63,9% de los realizados). El SAHS fue severo en 58 pacientes (56,9% de los SAHS diagnosticados; V/M: 52/6). La PN diagnosticó 172 SAOS

(51,8% de los realizados; V/M: 143/29), 100 severos (58,1% de los realizados; V/M: 86/14), precisando CPAP 120 de éstos (69,8% de los diagnosticados). Prescribimos un total de 302 CPAP y 2 BiPAP; de éstos, 233 (76,6%) fueron estudiados por nosotros (101 (33%) por PG y 132 (43%) por PN); el resto recibió la terapia por otras vías: • Ensayo empírico por alta sospecha clínica: 8 (3%). • Por neumólogos de otra área: 36 (12%). • No identificadas: 29 (9%) De las CPAP prescritas, 57 (18,7%) han sido suspendidas por diversos motivos: • Exitus: 7 (12%). • Intolerancia a CPAP = 23 (4%). • Mejoría clínica: 5 (9%). • Cambios de área hospitalaria: 3 (5%). • Motivo desconocido: 19 (33%). En la actualidad (31/12/05), se encuentran en tratamiento 394 pacientes (385 CPAP y 9 BIPAP); el 62,7% se prescribieron en el periodo indicado (2003-2005), y el resto se justifican por prescripciones previas a dicho periodo o como tratamiento de otras patologías. Por periodos se prescribieron: • Antes de 2003: 145 (36,8%). • En 2003: 48 (12,2%). • En 2004: 88 (22,3%). • En 2005: 113 (28,7%)

**DISCUSIÓN:** Se han realizado estudios de sueño a un importante número de pacientes (509) mediante poligrafía y pulsioximetría en nuestro hospital. El grupo de pacientes al que se le realizó pulsioximetría es de características similares al de las poligrafías y la proporción de diagnósticos de SAHS ha sido similar, pero ligeramente superior en la poligrafía (69% frente al 52%), seguramente por diferentes criterios al solicitar el método diagnóstico. La espera ha sido claramente menor en la pulsioximetría. Teniendo en cuenta el IAH (en poligrafías) o las desaturaciones/hora (en las pulsioximetrías) del paciente, se han prescrito 247 CPAP, de las que un 18,7% debieron ser suspendidas por distintos motivos. El número de casos de SAHS ha sido mayor en varones que en mujeres como ocurre en otras series.

**CONCLUSIONES:** Desde 2003 a 2005, y mediante estas técnicas de fácil aplicación (poligrafía respiratoria y pulsioximetría), ha sido posible estudiar y tratar a gran número de pacientes con sospecha de SAHS a pesar de la escasez de centros de referencia para polisomnografía, pero tenemos que tener en cuenta sus limitaciones.

## RV-06

# RELACIÓN ENTRE EL SÍNDROME METABÓLICO Y EL POLIMORFISMO C.-94-93DELG DE LA REGIÓN PROMOTORA DE LA HORMONA DE CRECIMIENTO EN SUJETOS HIPERTENSOS

D. Nieto Martín, V. Alfaro Lara, A. Vallejo Vaz, R. Ramírez-Lorca, P. Stiefel García Junco, M. Miranda Guisado, E. Pamies Andreu, J. Villar Ortiz

*Servicio de Medicina Interna.  
Unidad Clínico Experimental de Riesgo Vascular.  
Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Sevilla.*

**OBJETIVOS:** Estimar la prevalencia del polimorfismo c.-94-93delG de la región promotora del gen de la GH en hipertensos con síndrome metabólico respecto a los que no lo presentan. Valorar in vivo la repercusión del polimorfismo c.-94-93delG de la región promotora del gen de la GH sobre diferentes parámetros clínicos y analíticos propios del síndrome metabólico.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudiamos un total de 126 sujetos hipertensos de reciente comienzo, durante el periodo 2002-2004. Se excluyeron pacientes con hipertensión secundaria. Clasificamos a los pacientes por grupos, según si cumplían o no criterios de SM, según el ATP-III. Se realizaron las siguientes determinaciones bioquímicas: perfil lipoproteico, sobrecarga oral de glucosa, glucosa, insulina y GH en condiciones basales, a los 15, 30 y 60 minutos. Estimación del índice HOMA. Estudio genético: se analizaron la presencia del polimorfismo c.-93-94 delG de la GH por técnica de PCR según el protocolo de Giordano *et al.* Análisis estadístico: paquete informático SPSS.

**RESULTADOS:** Del total de hipertensos estudiados, 20 cumplían criterios de SM y 83 no. El polimorfismo c.-

94-93DelG, de la región promotora del gen de la GH, se asoció de manera significativa con la presencia de SM en los sujetos hipertensos (8 DD/DI y 15 II) que en aquellos que no presentaban SM (12 DD/DI y 68 II), OR: 3,02; IC: 0,89-9,69; p = 0,034). No existieron diferencias significativas en lo que a parámetros clínicos y analíticos se refiere con respecto a la presencia o no del polimorfismo en los sujetos hipertensos estudiados.

**DISCUSIÓN:** El síndrome metabólico (SM) constituye una constelación de factores de riesgo que están relacionados con una mayor prevalencia de enfermedades cardiovasculares. Existe una importante similitud entre el SM y el déficit de hormona del crecimiento (GH) del adulto. El polimorfismo c.94-93delG, dentro de la región promotora de la GH, podría estar relacionado con la funcionalidad de gen, pudiendo participar en la fisiopatología de dichos síndromes.

**CONCLUSIONES:** Determinadas variantes genéticas de la región promotora de la GH podrían estar implicadas en el desarrollo de SM en pacientes hipertensos.

## RV-07

# INTERACCIÓN ENTRE LA INGESTA AGUDA DE GRASA Y LA PRESENCIA DEL POLIMORFISMO -516C/T EN LA REGIÓN PROMOTORA DEL GEN DE LA APO B

E. Galán-Dorado<sup>(1)</sup>, I. Pérez-Camacho<sup>(1)</sup>, A. Lozano<sup>(1)</sup>, A. Gallego de la Sacristana<sup>(1)</sup>, F. Martín<sup>(1)</sup>, F. Fuentes<sup>(1)</sup>, J. Ordovás<sup>(2)</sup>, F. Pérez Jiménez<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

<sup>(2)</sup>Universidad TUFT. Boston (Estados Unidos).

**OBJETIVOS:** Nuestro objetivo fue determinar si la presencia del polimorfismo -516C/T en la región promotora del gen de la Apo B podría influir en el metabolismo posprandial.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Se seleccionaron a 47 voluntarios normolipémicos, homocigotos para el alelo E3 de la apoE (30 homocigotos para el genotipo C/C y 17 heterocigotos para el

alelo minoritario -516T (C/T). Recibieron una comida grasa (1 g/kg de peso corporal, 60.000 unidades de vitamina A por m<sup>2</sup> de superficie corporal y 7 mg de colesterol/kg de peso), con un 60% de calorías como grasa, 15% como proteínas y un 25% como hidratos de carbono. Se realizaron extracciones en el tiempo 0 y cada hora hasta las 6 horas y otras dos últimas a las 8,5 y 11 horas, determinándose los niveles de colesterol total (CT) y triglicéridos (TG) en plasma y CT, TG y retinil palmitato en las lipoproteínas ricas en triglicéridos grandes y pequeñas.

**RESULTADOS:** Los portadores del genotipo C/T presentaron mayores concentraciones posprandiales de TG vehiculados en las lipoproteínas ricas en triglicéridos pequeñas que los portadores del genotipo C/C (p = 0,022). Además, los individuos C/T mostraron mayores concentra-

ciones de TG plasmáticos durante el periodo posprandial comparados con los sujetos C/C (p = 0,039). No se objetivaron diferencias significativas en el resto de los parámetros analizados.

**DISCUSIÓN:** A la vista de este estudio, los sujetos normolipémicos, heterocigotos para el alelo 516T (C/T) presentan en el periodo posprandial mayores concentraciones de TG plasmáticos y TG vehiculados en lipoproteínas ricas en TG pequeñas. Esta respuesta podría traducirse en un aumento de riesgo cardiovascular asociado al alelo 516T (C/T).

**CONCLUSIONES:** La presencia del genotipo C/T en el promotor de la Apo B se asocia con una mayor respuesta posprandial, lo que podría explicar, al menos en parte, el mayor riesgo cardiovascular asociado al alelo -516T.

## RV-08

# RELACIÓN ENTRE POLIMORFISMOS GENÉTICOS DE LA ENZIMA CONVERSORA DE ANGIOTENSINA Y EL SÍNDROME METABÓLICO EN PACIENTES HIPERTENSOS DE RECIENTE COMIENZO

V. Alfaro Lara, D. Nieto Martín, A. Vallejo Vaz, P. Stiefel García Junco, E. Pamies Andreu, O. Muñiz Grijalvo, M. Miranda Guisado, J. Carneado de la Fuente

*Servicio de Medicina Interna.  
Unidad Clínico Experimental de Riesgo Vascular.  
Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Sevilla.*

**OBJETIVOS:** Estudio observacional, para determinar relación entre los polimorfismos del gen de la ECA y la existencia de SM, en un grupo de sujetos hipertensos de reciente comienzo.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudiamos un total de 103 sujetos hipertensos de reciente comienzo, durante el periodo 2002-2004. Se excluyeron pacientes con hipertensión secundaria. Clasificamos a los pacientes por grupos, en función de si cumplían o no criterios de SM, según el ATP-III. Utilizamos un grupo control constituido por 25 sujetos no hipertensos y sin criterios para SM. Se realizaron las siguientes determinaciones bioquímicas: perfil lipoproteico, sobrecarga oral de glucosa. Estimación del índice HOMA. Estudio genético: polimorfismo I/D de la ECA y la variante de la región promotora del gen, mediante PCR. Análisis estadístico: paquete informático SPSS y para la frecuencia de los haplotipos el Theias software.

**RESULTADOS:** 23 sujetos cumplían criterios de SM y 80 no. El genotipo I/D y la variante ACEc-3927T>C del gen de la ECA se asociaron con una mayor prevalencia de SM en los pacientes hipertensos (p 0,034 y p 0,028, respectivamente). El análisis de haplotipos mostró una relación positiva del haplotipo IT con el SM (OR: 2,7; IC 95%).

**DISCUSIÓN:** El síndrome metabólico (SM) constituye una constelación de factores de riesgo que están relacionados con una mayor prevalencia de enfermedades cardiovasculares. Sabemos que existen alteraciones genéticas implicadas en el desarrollo de dicho síndrome. Uno de los genes candidatos más estudiado es el gen de la enzima convertidora de angiotensina (ECA).

**CONCLUSIONES:** Nuestro estudio apoya la influencia de las variantes genéticas del gen de la ECA en el desarrollo de SM en pacientes HTA.

## RV-12

# LA DIETA MEDITERRÁNEA RICA EN ACEITE DE OLIVA Y UNA DIETA ENRIQUECIDA EN ÁCIDO $\alpha$ -LINOLÉNICO PREVIENEN EL INCREMENTO POSPRANDIAL DE FACTOR VII EN LA LIPEMIA POSPRANDIAL

B. Cortés Rodríguez<sup>(1)</sup>, A. Lozano Rodríguez-Mancheño<sup>(1)</sup>, E. Sánchez García<sup>(1)</sup>, P. Pérez Martínez<sup>(1)</sup>, Y. Jiménez<sup>(2)</sup>, F. López Segura<sup>(1)</sup>, J. López Miranda<sup>(1)</sup>, F. Pérez Jiménez<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Servicio de Medicina Interna; <sup>(2)</sup>Unidad de Lípidos.  
Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

**OBJETIVOS:** Evaluamos el efecto de tres dietas con diferente contenido graso sobre el factor VII coagulante (FVIIc) y el inhibidor del activador del plasminógeno 1 (PAI-1) en el estado posprandial y su relación con parámetros lipídicos y resistencia a la insulina

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Veinte hombres sanos fueron sometidos a tres periodos de intervención dietética de 4 semanas de duración, en un diseño aleatorizado y cruzado. La composición de las tres dietas administradas fue: dieta rica en ácidos grasos monoinsaturados (MUFA) procedente de aceite de oliva: <10% ácidos grasos saturados (SAFA), 24% MUFA, 4% ácidos grasos poliinsaturados (PUFA), 0,4% ácido  $\alpha$ -linolénico (ALA); dieta rica en SAFA (22% SAFA, 12% MUFA, 4% PUFA, 0,4% ALA); dieta rica en PUFA de origen vegetal (n-3) (<10% SAF, 12% MUFA, 8% PUFA, 2% ALA). Al final de cada periodo de intervención dietética, se sometieron a una sobrecarga de grasa con 1 g de grasa/kg de peso (65% grasa), de composición igual a la del periodo de intervención dietética. Se tomaron muestras de sangre en los

tiempos 0 y 4 horas tras la sobrecarga. Se determinaron los niveles de FVIIc, PAI-1, colesterol, triglicéridos, triglicéridos en fracciones lipoproteicas, lipoproteína (a), insulina, glucosa y se calculó el HOMA (Homeostatic Model Assessment).

**RESULTADOS:** Los niveles de FVIIc posprandial disminuyeron tras el consumo de las dietas rica en aceite de oliva ( $-22,13 \pm 6,38\%$ ,  $p = 0,019$ ) y baja en grasas rica en n-3 ( $-15,29 \pm 4,15\%$ ;  $p = 0,034$ ) en relación con la rica en SAFA, donde aumentaron ( $58 \pm 15,9\%$ ). Los niveles de PAI-1 descendieron tras el consumo de la dieta rica en MUFA ( $-13 \pm 3,9\%$ ) comparados con la dieta rica en SAFA ( $31 \pm 7,2\%$ ;  $p = 0,019$ ) y en la pobre en grasas y rica en n-3 ( $23 \pm 7,6\%$ ;  $p = 0,078$ ). El HOMA se correlacionó con los niveles de PAI-1 basales ( $p = 0,006$ ) y posprandiales ( $p = 0,005$ ).

**CONCLUSIONES:** Nuestros resultados demuestran que tanto una dieta rica en MUFA como una en n-3 previenen el incremento posprandial de FVIIc, mientras que la rica en MUFA previene el del PAI-1.

RV-13

EFFECTO DE TRES MODELOS DE DIETA EN LA HIPEREMIA REACTIVA ENDOTELIAL Y EN LOS NIVELES DE NITROTIROSINA Y OX-LDL EN SUJETOS PREDIABÉTICOS CON RESISTENCIA A LA INSULINA

M. Sánchez-García<sup>(1)</sup>, Á. Gallego de la Sacristana López-Serrano<sup>(1)</sup>, P. Pérez Martínez<sup>(1)</sup>, M. Moreno<sup>(1)</sup>, R. Moreno<sup>(2)</sup>, J. Paniagua González<sup>(1)</sup>, J. López-Miranda<sup>(1)</sup>, F. Pérez-Jiménez<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Servicio de Medicina Interna. Unidad de Lípidos y Arteriosclerosis.

<sup>(2)</sup>Unidad de Investigación de Lípidos y Arteriosclerosis.

Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

**OBJETIVOS:** Estudiar el efecto de la ingesta de tres dietas isocalóricas sobre la reactividad dependiente del endotelio y marcadores de estrés oxidativo en sujetos prediabéticos con sobrepeso y resistencia a la insulina.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** En el estudio participaron once sujetos (7 M, 4 H), hijos de pacientes con diabetes tipo 2 y obesidad. Los sujetos presentaban un índice de masa corporal (IMC) > 25 kg/m<sup>2</sup>, un perímetro abdominal (hombre/mujer) > 102/88, HBA<sub>1c</sub> < 6,5% y tras una sobrecarga oral de glucosa (SOG) el índice de sensibilidad a la insulina de Matsuda (ISIm) < 4. Los sujetos realizaron tres dietas isocalóricas de 28 días cada una en un diseño cruzado y aleatorizado. La composición de las dietas fue: una dieta rica en grasa saturada (SAF) [47% carbohidratos (CHO), 15% proteínas (PROT) y 38% de grasas (23% SAF, 9% monoinsaturada (MUFA), 6% poliinsaturada (PUFA)], una dieta rica en MUFA [47% CHO, 15% PROT y 38% de grasa (9% SAF, 23% MUFA -75% aportado en forma de aceite de oliva virgen extra-, 6% PUFA)]; y una dieta rica en CHO [20% de grasa (6% SAF, 8% MUFA, 6% PUFA)]. Al final de cada periodo, tras 12 horas de ayuno, se les administró un desayuno de 443 calorías basado en la dieta que estaban realizando y se les sometió a extracciones sanguíneas a los 0, 60, 120 y 180 minutos y a una evaluación de la reactividad endotelial mediante láser-Doppler basal y a los 150 minutos de la ingesta.

**RESULTADOS:** Los niveles basales de nitrotirosina no cambiaron significativamente con la dieta SAF, MUFA y rica en CHO (4,47±0,27; 4,87±0,28; 4,69±0,29, respectivamente; ANOVA, p > 0,05). Durante la fase posprandial el área bajo la curva (ABC) de las concentraciones plasmáticas de nitro-

tirosina fueron significativamente menores tras la ingesta de una dieta rica en SAF y en MUFA comparadas con la dieta rica en CHO (21,80±2,08; 22,33±2,99; 31,80±1,54, respectivamente; ANOVA p < 0,05). La concentración basal de ox-LDL no fue cambiada tras la ingesta de la dieta SAF, MUFA y rica en CHO (76,9±4,3; 82,74±6,45; 74,07±6,22, respectivamente; ANOVA, p > 0,05). Durante la fase posprandial el ABC de la concentración de ox-LDL descendió tras la ingesta de la dieta rica en MUFA al compararla con la dietas rica en SAF y en CHO (32,46±24,6; -56,36±19,8; 28,18±27, respectivamente; ANOVA p < 0,05). La hiperemia reactiva tras isquemia en el estado de ayuno fue mayor tras la fase de dieta alta en MUFA al compararla con la fase de dieta alta en SAF y en CHO (271,1±16,63; 220,8±13,6; 244,9±37,7, respectivamente; ANOVA p < 0,05). Durante la fase posprandial se observó una reducción de la hiperemia reactiva tras isquemia con las tres dietas ingeridas al compararlas con la respuesta basal. La hiperemia reactiva tras isquemia, 150 minutos tras la ingesta de una dieta enriquecida en MUFA fue significativamente mayor que tras la ingesta isocalórica de una dieta alta en SAF y en CHO (251,9±16,3; 180,1±10,6; 181,4±16, respectivamente; ANOVA p < 0,05).

**CONCLUSIONES:** En pacientes con sobrepeso y resistencia insulínica, la ingesta de una dieta enriquecida en MUFA disminuye durante la fase posprandial los niveles de nitrotirosina y ox-LDL comparados con los niveles producidos con la ingesta de una dieta alta en grasa saturada y carbohidratos. La hiperemia reactiva postisquémica estaba incrementada en estado de ayuno y durante el periodo posprandial de la dieta rica en MUFA.

## RV-15

# EL AUMENTO DE LA RESPUESTA POSPRANDIAL INDUCIDO POR EL SOBREPESO EN PERSONAS SANAS ES DEBIDO AL INCREMENTO DEL NÚMERO DE PARTÍCULAS POSPRANDIALES

A. Lozano, B. Cortés, C. Marín, J. Criado, J. García,  
A. Blanco-Molina, J. López-Miranda, F. Pérez-Jiménez

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

**OBJETIVOS:** En estudios previos de nuestra unidad, se ha demostrado que, en comparación a las personas con peso normal, los que presentan sobrepeso moderado alcanzan una mayor concentración de triglicéridos en las partículas remanentes de quilomicrones, las cuales están asociadas al desarrollo de aterosclerosis y enfermedad cardiovascular. En este trabajo, nos proponemos analizar si dicho efecto es atribuible al número de partículas o al tamaño de las mismas.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Veintiún varones sanos siguieron una dieta de estabilización durante 4 semanas, y posteriormente, se sometieron en un diseño aleatorizado y cruzado, a tres comidas que contenían 1 gramo de grasa por kilogramo de peso (65% de grasa). Cada comida tenía una diferente composición en ácidos grasos, y el consumo de cada una de ellas estuvo separado por una semana. La composición de las 3 comidas fue como sigue: comida rica en aceite de oliva [22% ácidos grasos saturados (SAF), 38% ácidos grasos monoinsaturados (MUFA), 4% ácidos grasos poliinsaturados (PUFA), y 0,7% ácido linolénico], comida rica en mantequilla [38% SAF, 22% MUFA, 4% PUFA, y 0-7 ácido linolénico] y comida rica en nueces [20% SAF, 24% MUFA, 16% PUFA, y 4% ácido linolénico]. En cada una de las comidas, se les realizó un estudio de lipemia posprandial con extracciones de sangre en los tiempos 0, 2, 3, 4, 6, y 11 horas, en las que se midieron la concentración de Apo B 100 en las partículas remanentes de quilomicrones, y se midió el

cociente TG/Apo B 100 como expresión del tamaño de la partícula.

**RESULTADOS:** La concentración de Apo B 100 en las partículas remanentes de quilomicrones fue mayor en los sujetos con mayor IMC (efecto IMC,  $p = 0,007$ ), observándose especialmente tras la sobrecarga con aceite de oliva ( $t$ -Student,  $p = 0,005$ ) y con nueces ( $t$ -Student,  $p = 0,01$ ), no así tras la sobrecarga con mantequilla. A las 6 y a las 11 horas tras la sobrecarga monoinsaturada ( $t$ -Student,  $p < 0,05$ ) y a las 4, 6 y 11 horas tras la sobrecarga con ácidos grasos poliinsaturados ( $t$ -Student,  $p < 0,05$ ), la concentración de Apo B 100 en las partículas remanentes de quilomicrones fue mayor en los sujetos con sobrepeso que en los de peso normal. Independientemente de la sobrecarga, el tiempo en el que se alcanzó la concentración máxima de Apo B 100 fue mayor en los sujetos con sobrepeso (efecto IMC,  $p = 0,007$ ), y existe una tendencia aunque no significativa a tener una concentración pico de Apo B 100 mayor en dicho grupo (ANOVA para medidas repetidas, efecto IMC:  $p = 0,059$ ) con respecto a los sujetos con normopeso. No encontramos diferencias en cuanto al tamaño de las partículas ni atribuibles al tipo de sobrecarga ni al IMC.

**CONCLUSIONES:** Los sujetos con mayor peso presentan una respuesta posprandial incrementada respecto a los voluntarios con peso normal, que se debe a la presencia de un mayor número de partículas con Apo B100, no así al tamaño de las mismas.

RV-17

INTOLERANCIA HIDROCARBONADA Y DIABETES  
TIPO 2 'EX NOVO' EN PACIENTES CON  
HIPERTENSIÓN DE RECIENTE DIAGNÓSTICO

B. Gil-Extremera, E. García-Peñalver, R. Ríos-Fernández,  
A. Martín-Salguero, J. Soto-Más, A. Maldonado-Martín

*Servicio de Medicina Interna. Unidad de Hipertensión.  
Hospital Universitario San Cecilio. Granada.*

**OBJETIVOS:** Se investiga en una población ambulatoria con hipertensión esencial la prevalencia de intolerancia hidrocarbonada (IHC), diabetes tipo 2 (DM-2), respectivamente, así como el perfil de riesgo cardiovascular de los pacientes con IHC, DM-2 y normoglicémicos.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Se trata de un estudio clínico retrospectivo y descriptivo de una población atendida en una Unidad de Hipertensión y Lípidos a partir de una muestra de 881 historias clínicas. La población corresponde a tres grupos según valores séricos de glucosa: normoglicémicos (NG), IHC y DM-2. Se realizó inicialmente una descripción de los distintos subgrupos y se compararon entre sí según los factores de riesgo cardiovascular presentes. Se valoró asimismo el riesgo cardiovascular de cada subgrupo por separado.

**RESULTADOS:** Tras aplicar los criterios de inclusión, la muestra final fue de 780 pacientes –348 mujeres (44,6%) y 43 varones (55,4%)–, con una edad media de 57 (DE:  $\pm 14$ ) años. La prevalencia de DM-2 no diagnosticada con

anterioridad fue de 9,1% (61 pacientes), y la IHC, de 25% (168 pacientes). Algunos de los factores de riesgo cardiovascular fueron los siguientes: índice de masa corporal (IMC) en  $\text{kg}/\text{m}^2$ : NG =  $29,38 \pm 5$ ; IHC  $31 \pm 4,7$ ; DM-2 =  $32 \pm 4,9$ ; hipercolesterolemia ( $>220 \text{ mg}/\text{dL}$ ): NG 43,1%; IHC 58%; DM-2 44,7%; tabaquismo: NG 50,4%; IHC 43,2%; DM-2 41,5%. El número de pacientes con riesgo cardiovascular alto o muy alto fue: NG = 36 (16,8%); IHC = 18 (24%); DM-2 = 10 (21,3%).

**DISCUSIÓN:** La DM-2 no diagnosticada viene a representar dos tercios del total de casos de diabetes en la población hipertensa. Como se esperaba, el número mayor de pacientes con riesgo cardiovascular alto corresponde al subgrupo de IHC, seguido por el de DM-2. En los normoglicémicos el riesgo cardiovascular elevado es menos frecuente.

**CONCLUSIONES:** Nuestros resultados revelan en la población hipertensa una alta prevalencia de DM-2 y de IHC asintomática no descubiertas con anterioridad.

## T-01

# VARIABILIDAD EN EL MANEJO DE FÁRMACOS ANTICOAGULANTES EN PACIENTES INGRESADOS EN HOSPITALES DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO ANDALUZ DE LA PROVINCIA DE MÁLAGA

F. Salgado Ordóñez<sup>(1)</sup>, J. Pérez Díaz<sup>(2)</sup>, C. Romero Gómez<sup>(3)</sup>, M. Rizo Hoyos<sup>(4)</sup>,  
C. González Pozo<sup>(4)</sup>, M. Maíz Jiménez<sup>(1)</sup>, A. Hidalgo Conde<sup>(5)</sup>, I. Aguilar Fernández<sup>(5)</sup>

<sup>(1)</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital de la Serranía. Ronda, Málaga. <sup>(2)</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital de la Axarquía. Vélez-Málaga (Málaga). <sup>(3)</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Costa del Sol. Marbella, Málaga. <sup>(4)</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital de Antequera. Málaga. <sup>(5)</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen de la Victoria. Málaga.

**OBJETIVOS:** Describir el uso que se realiza de los fármacos anticoagulantes en el medio hospitalario de nuestra provincia y analizar si existe variabilidad en su manejo dependiendo del centro, servicio o motivo por el que ingresen.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio observacional, prospectivo y multicéntrico con selección simultánea de pacientes hospitalizados en 5 de los 6 hospitales públicos de la provincia por muestreo aleatorio simple, cuyo tamaño se calculó en base a una muestra piloto previa. Criterios de inclusión: Pacientes mayores de 14 años ingresados a día 15 de febrero de 2006 en un centro hospitalario público de la provincia de Málaga. Criterios de exclusión: Pacientes ingresados en áreas de urgencias o en hospital de día por cirugía mayor ambulatoria (CMA), o tratamientos de duración inferior a 24 horas. Cálculo de riesgo: Los pacientes que iban a ser sometidos a cirugía se clasificaron en bajo, moderado, o alto riesgo, según el tipo de intervención. Además, se utilizó la guía *Pretimed 2003* para calcular el riesgo de desarrollo de enfermedad tromboembólica venosa (ETE). Definimos como *índice de buen uso* (IBU) el cociente resultante de dividir el número de pacientes donde existía indicación de recibir terapia anticoagulante y la recibían, más aquellos en los que estaba contraindicada o no indicada y no la recibían, partido por el total, considerándose 100% el valor ideal.

**RESULTADOS:** Se recogieron datos en 173 pacientes seleccionados aleatoriamente, 81 hombres (46,8%) y 92 mujeres (53,2%). En 141 (81,9%) se describe al menos un FRETEV, siendo la inmovilización superior a 72 horas el más frecuente (41,8%), seguido de la existencia de neoplasia (19,2%), EPOC (15,7%) e insuficiencia cardiaca (12,2%). Había contraindicación para el uso de fármacos

anticoagulantes en 33 (19%). Considerando todos estos factores existía indicación para utilizar anticoagulantes en 123 (71,7%). 120 pacientes recibieron fármacos anticoagulantes (114 HBPM, 6 ACO), 95 (80,1%) con finalidad profiláctica. El IBU medio de la muestra fue del 87,8%. No hubo diferencias significativas respecto al porcentaje de indicación de tratamiento por centros; no obstante, sí se observaron diferencias entre el IBU de los distintos hospitales, que oscilaba entre el 72,7% y el 97,3%. No se observaron diferencias entre el IBU de los pacientes ingresados en el área quirúrgica o médica (86,7%) *vs.* (88,1%). Observamos, sin embargo, una importante variabilidad cuando analizamos los diagnósticos: así, mientras la patología cardiovascular (n = 38), respiratoria (n = 11), traumatológica (n = 22) y quirúrgica (21) tenía un IBU del 100%, otros diagnósticos relacionados con neoplasias (n = 22), patología infecciosa (n = 22), partos (n = 17) y enfermedades digestivas (n = 7) presentaban un IBU inferior a 85% (63,6%, 77,3%, 76,5%, 42,8%, respectivamente).

**CONCLUSIONES:** 1. La prevalencia de FRETEV en pacientes hospitalizados es elevada, y en gran parte de ellos se indican fármacos anticoagulantes, por lo que cualquier medida para adecuar su uso tiene un alto impacto sanitario; 2. Aunque en la mayoría de los pacientes hospitalizados en hospitales malagueños se realice una indicación correcta de la terapia anticoagulante, existe una apreciable variabilidad intercentros y por patologías, por lo que parece interesante divulgar guías validadas tanto para el cálculo de riesgo de complicaciones tromboembólicas como para su prevención, sobre todo en aquellos centros y servicios donde se detecte un grado de inadecuación mayor.

T-02

ANÁLISIS DE LAS POSIBLES CAUSAS DEL  
USO INADECUADO DE HEPARINAS DE BAJO PESO  
MOLECULAR EN PACIENTES HOSPITALIZADOS.  
ESTUDIO MULTICÉNTRICO EN HOSPITALES  
DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO ANDALUZ  
DE LA PROVINCIA DE MÁLAGA

F. Salgado Ordóñez<sup>(1)</sup>, J. Pérez Díaz<sup>(2)</sup>, L. Mérida Rodrigo<sup>(3)</sup>, J. Sánchez Lora<sup>(4)</sup>,  
M. Godoy Guerrero<sup>(1)</sup>, G. Ojeda Burgos<sup>(5)</sup>, R. Arnedo Díez de los Ríos<sup>(5)</sup>

<sup>(1)</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital de la Serranía. Ronda (Málaga). <sup>(2)</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital de la Axarquía. Vélez-Málaga (Málaga). <sup>(3)</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Costa del Sol. Marbella (Málaga). <sup>(4)</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital de Antequera (Málaga). <sup>(5)</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen de la Victoria. Málaga.

**OBJETIVOS:** Analizar las posibles causas de uso inadecuado de heparinas de bajo peso molecular (HBPM) en el medio hospitalario público de nuestra provincia.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio observacional, prospectivo y multicéntrico con selección simultánea de pacientes hospitalizados en 5 de los 6 hospitales públicos de la provincia por muestreo aleatorio simple, cuyo tamaño se calculó en base a una muestra piloto previa. **Criterios de inclusión:** Pacientes mayores de 14 años ingresados a día 15 de febrero de 2006 en un centro hospitalario público de la provincia de Málaga. **Criterios de exclusión:** Pacientes ingresados en áreas de urgencias o en hospital de día por cirugía mayor ambulatoria (CMA), o tratamientos de duración inferior a 24 horas. **Cálculo de riesgo:** Los pacientes que iban a ser sometidos a cirugía se clasificaron en bajo moderado o alto riesgo, según el tipo de intervención. Además, se utilizó la guía *Pretimed 2003* para calcular el riesgo de desarrollo de enfermedad tromboembólica venosa (ETEV). **Criterios de adecuación:** Utilización de HBPM cuando el riesgo de ETEV era alto, ya fuera por procesos médicos o quirúrgicos y la no utilización de dicha terapia cuando estaba contraindicado o el riesgo de ETEV era bajo. **Criterios de inadecuación:** 1. Sobreindicación (utilización de fármacos en pacientes de bajo riesgo donde sólo se indican medidas físicas); 2. Subindicación (cuando no se pautaban fármacos en pacientes de riesgo sin contraindicación); 3. Posología incorrecta (utilizar una pauta o una dosis distinta a la recomendada por peso corporal o riesgo). **Método estadístico:** Las variables se analizaron mediante el test de la  $\chi^2$  y la *t*-Student.

**RESULTADOS:** Se recogieron datos en un total de 173 pacientes seleccionados de forma aleatoria en los 5 hospitales participantes. Se detectó un uso inadecuado en 52 (30,6%). Se utilizaron HBPM en 114. En la mayoría de los casos la indicación era adecuada (n = 32) pero recibieron una posología incorrecta (n = 8), dosis infraterapéuticas (n = 16) o supraterapéuticas (n = 8). Se sobreindicaron HBPM en 8 pacientes (4,6%), 5 en obstetricia y se subindicaron en 12 (6,9%). No encontramos diferencias en la tasa de adecuación respecto al género, edad, centro hospitalario, servicio, principio activo o posología. Los pacientes que recibían HBPM de forma inadecuada eran más obesos (76,2+18,4 K vs. 71,1+12,9 K; p = 0,043) y más altos (167+8,4 vs. 164+8,2; p = 0,024). El grado de inadecuación era mayor cuando utilizamos las HBPM con fines terapéuticos (n = 19) que con fines profilácticos (n=95) (54,1% vs. 28% p = 0,011). Esto se debía en gran medida a la pauta de HBPM cada 24 horas observada en 6 de los 8 síndromes coronarios agudos (SCA) de la muestra. También apreciamos una mayor tasa de empleo de dosis infraterapéuticas en los pacientes médicos frente a los quirúrgicos (84,5% vs. 45,2% p = 0,0039).

**CONCLUSIONES:** 1. El uso inadecuado de las HBPM en el medio hospitalario afecta a casi 1/3 de los pacientes ingresados, siendo la principal causa la utilización de dosis o posología incorrecta; 2. Debemos constatar las medidas antropométricas antes de pautar las dosis de HBPM; 3. Observamos una mala utilización de las HBPM en el SCA en nuestro medio; 4. Aunque parece claro la indicación y dosificación de profilaxis con HBPM en pacientes sometidos a cirugía, existe una mayor variabilidad al respecto en los pacientes con patología médica.

## V-02

# UTILIDAD DE TESTS DIAGNÓSTICOS BREVES EN EL DIAGNÓSTICO DE LAS DEMENCIAS

S. Hernández Márquez<sup>(1)</sup>, J. Rodríguez Toquero<sup>(1)</sup>, N. Muñoz Ruiz<sup>(2)</sup>,  
J. Sampetro Villasán<sup>(1)</sup>, M. Gómez Rodríguez<sup>(1)</sup>, J. Garijo Forcada<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Servicio de Medicina Interna; <sup>(2)</sup>MIR Medicina Familiar y Comunitaria.  
Hospital San Agustín. Linares (Jaén).

**OBJETIVOS:** 1. Analizar los resultados del test de fluencia semántica, el MIS de Buschke y el MEC de Lobo aplicados a un grupo de pacientes atendidos en una consulta de Medicina Interna de un hospital general básico; 2. Comparar los resultados de estas pruebas entre sí; 3. Valorar la utilidad de estos tests como método de cribado en la consulta de atención primaria.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Durante un año se han recogido, de manera prospectiva, los datos de la historia clínica de los pacientes remitidos a una consulta general de Medicina Interna. A todos los pacientes se les practicó anamnesis, exploración clínica y pruebas complementarias convencionales y los tests específicos de demencia: test de fluencia semántica, test MIS (*Memory Impairment Screen*) de Buschke y MEC (Mini Examen Cognitivo) de Lobo. Cuando se consideró necesario, se practicaron también la escala de isquemia de Hachinski y la escala de depresión de Yesavage. En los casos con sospecha de demencia se realizaron analítica específica (hormonas tiroideas, vitamina B<sub>12</sub>, ácido fólico, serología luética y de Borrelia) y pruebas de imagen cerebral. Los diagnósticos de Alzheimer, demencia por Cuerpos de Levy, demencia multiinfarto y depresión se realizaron de acuerdo con DSM-IV y DSM-III-R. El diagnóstico de deterioro cognitivo leve se basó en los criterios de Petersen *et al.* Se ha realizado el análisis estadístico con los programas

EpiInfo –para los tests básicos–, y MedCalc –para el análisis de curvas ROC–.

**RESULTADOS:** El test de fluencia semántica, en el punto de corte de 9 respuestas, ofrece una sensibilidad del 100% (81,3-100) y una especificidad de 80% (56,3-94,1). El test MIS de Buschke, en el punto de corte de 5, ofrece una sensibilidad de 77,8% (52,4-93,5) y una especificidad del 95% (75,1-99,2). El MEC de Lobo, en el punto de corte de 25, ofrece una sensibilidad del 100% (81,3-100) y una especificidad del 95% (75,1-99,2). No existen diferencias estadísticas significativas entre los tests practicados. La utilización de más de un test en un mismo paciente no añade ventajas diagnósticas. La duración estándar de los tests practicados es, respectivamente, de 1, 5 y 10 minutos.

**CONCLUSIONES:** Entre los tests neuropsicológicos breves utilizados en el diagnóstico de la demencia, el análisis de curvas ROC sugiere que los tests practicados en este estudio son útiles. El test MEC de Lobo es el más efectivo para el diagnóstico de demencia, según los resultados estadísticos obtenidos. La combinación de una alta sensibilidad, rapidez en la realización, sencillez en su ejecución y una razonable especificidad del 80%, hacen del test de fluencia semántica un candidato útil para el cribado de pacientes con deterioro cognitivo en atención primaria. Un mayor tamaño de muestra podría dar una mayor consistencia a esta conclusión.

## V-28

## CORRELACIÓN DE LOS TESTS DE CALIDAD DE VIDA EQ-5D Y SGRQ EN PACIENTES DE EPOC

M. Montero Pérez-Barquero<sup>(1)</sup>, A. García Ruiz<sup>(2)</sup>, F. Leiva Fernández<sup>(3)</sup>, M. Aguayo Canela<sup>(4)</sup><sup>(1)</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.<sup>(2)</sup>Servicio de Farmacología. Facultad de Medicina. Málaga.<sup>(3)</sup>Unidad Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario Carlos Haya. Málaga.<sup>(4)</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

**OBJETIVOS:** Correlacionar la calidad de vida mediante dos escalas, una genérica (EQ-5D) y otra específica (SGRQ), en pacientes de EPOC.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Sujetos entre 40 y 80 años, con clínica de bronquitis crónica durante tres meses al año en dos años consecutivos y FEV1  $\leq$  80% del previsto. Se seleccionaron 174 pacientes a los que se les realizó el test

fumador: 38,1 $\pm$ 16,1; n.º de cigarrillos al día: 32 $\pm$ 20; índice de masa corporal: 28,9 $\pm$ 5,1. Grados de disnea de Malher: I: 25,9%; II: 29,9%; III: 28,7%; IV: 14,9%; V: 0,6%. FEV1: 51,75 $\pm$ 17,0. Oxigenoterapia domiciliaria: 9,8%. SGRQ-S: 46,5 $\pm$ 24,8; SGRQ-A: 54,1 $\pm$ 29,4; SGRQ-I: 33,2 $\pm$ 20,0; SGRQ-T: 41,8 $\pm$ 21,5. EQ-5D-EVA: 60,8 $\pm$ 19,7. En la Tabla 1 se exponen los porcentajes de las escalas de EQ-5D.

Tabla 1. Porcentajes de Euroqol-5D en sus diferentes escalas

	Movilidad	Cuidado personal	Actividades cotidianas	Dolor/malestar	Ansiedad/depresión
sin problemas	53,4%	69,5%	60,3%	54,6%	62,6%
algunos problemas	46,0%	25,9%	36,8%	35,6%	27,0%
muchos problemas	0,6%	4,6%	2,9%	9,8%	10,3%

Tabla 2: Relación entre EQ-5D y SGRQ (\*Correlación a nivel 0,01)

	EQ-5D Movilidad	EQ-5D Cuidado personal	EQ-5D Actividad cotidiana	EQ-5D Dolor/malestar	EQ-5D Ansiedad/depresión	EQ-5D EVA
SGRQ-S	0,495*	0,420*	0,568*	0,306*	0,445*	-0,373*
SGRQ-A	0,589*	0,622*	0,737*	0,489*	0,582*	-0,322*
SGRQ-I	0,512*	0,551*	0,696*	0,406*	0,588*	-0,412*
SGRQ-T	0,580*	0,598*	0,739*	0,449*	0,609*	-0,407*

de calidad de vida St. George's Respiratory Questionnaire (SGRQ) –que contiene 56 ítems repartidos en tres escalas: síntomas (SGRQ-S), actividad (SGRQ-A) e impacto (SGRQ-I)– y el Euroqol-5D (EQ-5D), con seis apartados –uno de ellos, una escala visual analógica (EVA)–. Se aplicó un diseño de estudio transversal en ámbito multicéntrico en hospital y centros de salud de la comunidad andaluza. Se efectuó un análisis de correlación mediante coeficiente de Spearman con el programa SPSS v. 12.0E, con un nivel de significación  $p < 0,05$ .

**RESULTADOS:** Edad media: 68,7 $\pm$ 8,0 años –hombres 90%; casados: 83%–; tiempo del diagnóstico: 12,7 $\pm$ 11,5; años de

**DISCUSIÓN:** Cada vez es más frecuente la medida de la calidad de vida en la evaluación de los pacientes. No obstante, este tipo de análisis se enmarca dentro de la investigación clínica, ya que su traslado a la práctica clínica está limitado por el tiempo de que se dispone en la consulta médica. El test SGRQ, el más ampliamente empleado, tiene el inconveniente de que requiere entre 20 a 30 minutos para su administración; en cambio, el EQ-5D, necesita solamente de 5 minutos. En nuestro estudio hemos encontrado una buena correlación entre el test SGRQ y el EQ-5D en la dimensión de actividades cotidianas. Las otras dimensiones EQ-5D tienen una regular correlación (Tabla 2).

V-35

ANÁLISIS DEL SNP 5435 A>G, LOCALIZADO  
EN LA REGIÓN PROMOTORA DEL PPAR- $\alpha$ ,  
SEGÚN EL TIPO DE ÁCIDO GRASO DE LA DIETA

N. Delgado Casado, A. García Ríos, P. Pérez Martínez, E. Galán Dorado,  
P. Gómez Luna, J. Delgado Lista, J. Caballero, F. Pérez Jiménez

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

**OBJETIVOS:** Los PPAR son receptores nucleares regulados por los ácidos grasos y sus metabolitos que han emergido como uno de los reguladores centrales de la interacción gen-dieta. Los PPAR- $\alpha$  están involucrados en el metabolismo lipídico y de la glucosa interviniendo, así, en el desarrollo de dislipemia, aterosclerosis, resistencia a la insulina, obesidad y diabetes tipo 2. Este factor de transcripción, inducible por ligandos, regula la expresión de genes involucrados en la oxidación de ácidos grasos. Por ello nuestro objetivo fue estudiar si la presencia del SNP 5435 A>G, en el gen del PPAR- $\alpha$ , modula la respuesta lipídica frente a modificaciones del tipo de ácido graso de la alimentación.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Se estudiaron 59 personas sanas (20 AA, 30 AG y 9 GG) sometidos a tres fases alimenticias, de 4 semanas de duración cada una. En primer lugar, recibieron una alimentación rica en grasa saturada (38% grasa, 20% grasa saturada); seguidamente, se les administró de forma aleatorizada y cruzada una alimentación rica en hidratos de carbono (NCEP-1: 30% grasa, < 10% grasa saturada, 55% hidratos de carbono) y una alimentación

mediterránea, rica en aceite de oliva (38% grasa, 22% grasa monoinsaturada). Al final de cada periodo se determinaron los niveles plasmáticos de colesterol, triglicéridos, apoproteínas AI y B, c-HDL y c-LDL.

**RESULTADOS:** La prevalencia de este SNP en nuestra población fue de un 34% AA, 51% AG y 15% GG. Los portadores del genotipo AA junto con aquellos heterocigotos para el alelo G muestran menores niveles de colesterol total, LDL y Apo B tras la alimentación mediterránea y la alimentación rica en hidratos de carbono en comparación con la alimentación rica en grasa saturada. Sin embargo, los homocigotos GG muestran mayores niveles de colesterol, LDL y Apo B tras la alimentación mediterránea y tras la rica en grasa saturada en comparación con la alimentación rica en hidratos de carbono. No se observaron diferencias significativas en el resto de parámetros lipídicos.

**CONCLUSIONES:** El SNP 5435 A>G, localizado en el gen del PPAR- $\alpha$  puede contribuir a la variabilidad interindividual en la respuesta lipídica tras las modificaciones de la alimentación, lo cual puede favorecer la instauración de dietas individualizadas en base al genotipo.

# PÓSTERS

A-01

## EPIDEMIOLOGÍA DE LA BACTERIEMIA POR 'ENTEROCOCCUS SPP.' EN UN HOSPITAL GENERAL

A. Garrido Castro<sup>(1)</sup>, F. Ropero Pinto<sup>(2)</sup>, A. Ferro Expósito<sup>(1)</sup>, G. Ojeda Burgos<sup>(1)</sup>,  
R. Arnedo Díez de los Ríos<sup>(1)</sup>, V. García López<sup>(2)</sup>, S. González<sup>(1)</sup>, P. González Santos<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Servicio de Medicina Interna; <sup>(2)</sup>Servicio de Microbiología.  
Hospital Virgen de la Victoria. Málaga.

**OBJETIVOS:** Analizar los factores epidemiológicos, clínicos, analíticos y microbiológicos asociados a la bacteriemia por enterococo en pacientes ingresados en un hospital general.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio abierto, prospectivo y observacional de análisis de todos los pacientes que presentaron un hemocultivo positivo para *Enterococcus spp.* desde el 15/11/04 al 15/6/05. Tras la detección de cada caso se recogieron datos epidemiológicos, clínicos, microbiológicos y analíticos que se analizaron mediante el programa estadístico SPSS v. 12.0.

**RESULTADOS:** De un total de 523 bacteriemias registradas en nuestro centro durante el desarrollo del estudio, el enterococo representó 24 episodios de bacteriemia en 23 pacientes (4,58%), 13 hombres y 10 mujeres, con una edad media 68,3 años. La infección fue de adquisición nosocomial en el 79% de los casos. Se detectaron en Cuidados Intensivos el 37,5% de los episodios, el 29,2% en áreas quirúrgicas y el 25% en áreas médicas. El 20,8% del total de los casos se detectaron en Traumatología. La estancia media fue de 38,8 días. Los factores asociados a la bacteriemia fueron los procedimientos respiratorios (principalmente la ventilación mecánica), el acceso venoso (20 pacientes), sondaje vesical (14), la cirugía previa y la realización de una cistoscopia y una CPRE. El 50% no presentaron leucocitosis, pero la

mayoría tenían neutrofilia con desviación izquierda. El 54% de los episodios fueron tratados con antibioterapia no de primera línea una vez conocido el cultivo positivo a enterococo. Fallecieron 6 pacientes (28,6%), tres de ellos con insuficiencia renal. Hubo diferencias significativas ( $p = 0,006$ ) en la mortalidad según en el área hospitalaria, siendo más frecuente en Cuidados Intensivos. Se aisló un caso de enterococo vancomycin-resistente.

**DISCUSIÓN:** La epidemiología de la bacteriemia por enterococo es similar a la reflejada en la literatura. Se asocia a pacientes ancianos con patología de base y áreas de Cuidados Intensivos. Llama la atención cómo este germen no se tiene en cuenta en el tratamiento empírico de las infecciones nosocomiales. Es sorprendente que en más de la mitad de los casos se utilizaron antibióticos no de primera línea una vez conocido el resultado del hemocultivo. Aunque la mortalidad es elevada, en sólo un caso la muerte fue directamente achacable al enterococo. En nuestro centro la prevalencia de enterococo vancomycin-resistente no parece ser un problema emergente.

**CONCLUSIONES:** En nuestro centro la bacteriemia por enterococo es infrecuente. Se asocia a pacientes ancianos con patología de base, es fundamentalmente nosocomial y más frecuente en áreas de Cuidados Intensivos. El manejo antibiótico es deficiente, y la mortalidad, elevada.

## A-02

## ETIOLOGÍA DE LAS NEUMONÍAS EN PACIENTES CON CÁNCER

M. Aguilar-Guisado<sup>(1)</sup>, J. Cisneros<sup>(1)</sup>, E. Cordero<sup>(1)</sup>, I. Espigado<sup>(2)</sup>, M. Noguer<sup>(3)</sup>, R. Parody<sup>(2)</sup>, J. Pachón<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Servicio de Enfermedades Infecciosas. <sup>(2)</sup>Servicio de Hematología. <sup>(3)</sup>Servicio de Oncología.  
Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Sevilla.

**OBJETIVOS:** Las neumonías son frecuentes en pacientes con cáncer y tiene una mortalidad elevada. Conocer la etiología más probable en cada caso podría mejorar el pronóstico. Nuestro objetivo en este trabajo fue describir la etiología de las neumonías en pacientes con cáncer y analizar las diferencias en la etiología según el tipo de cáncer, el lugar de adquisición de la neumonía y la presencia o no de neutropenia al diagnóstico.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio descriptivo de todas las neumonías diagnosticadas en pacientes con cáncer ingresados en Hematología y Oncología en el periodo de estudio (noviembre de 2002 a febrero de 2005). Variables analizadas: tipo de cáncer, lugar de adquisición de la neumonía, presencia de neutropenia al diagnóstico. Análisis de las etiologías más frecuentes de las neumonías según el lugar de adquisición, tipo de cáncer, y presencia o no de neutropenia.

**RESULTADOS:** Se incluyeron 109 neumonías en 93 pacientes. La mediana de edad fue 57 años (18-84), y el 59,5% fueron varones. Ochenta y uno (75%) tenían cáncer hematológico y 22 (20%) eran receptores de trasplante de progenitores hematopoyéticos. Sesenta y un pacientes (59%) presentaban neutropenia en el momento del diagnóstico de la neumonía. El 66% de los episodios (n = 72) fueron de adquisición comunitaria. Se alcanzó el

diagnóstico etiológico en 52 casos (47,7%). La etiología más frecuente fue la fúngica (34,5%) y, entre ellos, la aspergilosis invasora (13,5%); la seguían los microorganismos gram-positivos (33%), siendo el más frecuente *Streptococcus pneumoniae* (14%); los gram-negativos (23,5%), destacando *Pseudomonas aeruginosa* (18%); y los anaerobios (9%). En los pacientes con cáncer hematológico fueron más frecuentes las neumonías fúngicas (46%), mientras que en los pacientes con cáncer sólido lo fueron las bacterias gram-negativas y anaerobias (ambos, 35,5%). En las neumonías comunitarias las bacterias gram-positivas fueron la etiología más común; en las de adquisición nosocomial, las de etiología fúngica (RR: 1,7; IC 95%: 1,1-2,5). En las neumonías en pacientes con neutropenia, la etiología fúngica fue la más frecuente (RR: 1,8; IC95%: 1,7-4,9); en las neumonías de los pacientes sin neutropenia fueron más frecuentes las causadas por bacterias gram-positivas (RR: 2,2; IC 95%: 1,4-3,5).

**CONCLUSIONES:** La etiología de las neumonías en pacientes con cáncer se establece en la mitad de los casos, y la etiología más frecuente son los hongos y las bacterias gram-positivas. Cuando la adquisición es nosocomial, la etiología más frecuente son las bacterias gram-positivas; si la adquisición es nosocomial, la etiología más frecuente es la fúngica. En los pacientes con neutropenia son más frecuentes las neumonías fúngicas.

## A-03

## ¿NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD Y ANCianos? ¿O NEUMONÍA ASPIRATIVA?

S. Reyes Pozo, M. Requena Pou, J. Trujillo Pérez, S. Bermudo Conde,  
M. Mateas Moreno, A. Marqués García, M. Linares, N. Marín Gámez

Servicio de Medicina Interna.  
Complejo Hospitalario de Jaén.

**OBJETIVOS:** La 'neumonía adquirida en la comunidad', en adultos, complicada o no, es una condición médica común, relevante y bien sistematizada en las guías de práctica clínica convencionales. Representa uno de los GRD más frecuente de los servicios médicos, supone un elevado

consumo de recursos y es objetivable fácilmente mediante radiología estándar o simple. Las tasas de este tipo de neumonía son razonablemente homogéneas interservicios y, en general, tienden a variar poco. La neumonía aspirativa procedente de la comunidad afecta a un subgrupo bien

caracterizado de enfermos, habitualmente mayores, con grados variables de dependencia y, frecuentemente, pluripatológicos. Su diagnóstico puede pasar desapercibido o es menos evidente; el tratamiento antibiótico que determina el pronóstico, diferente; conlleva peor evolución; afecta más a la función pulmonar; causa mayor morbimortalidad; es un evento final habitual; y resulta más costosa al hospital, porque exige más cuidados. Tiene, también, mayor peso GRD. El objetivo es la revisión y el análisis de diagnósticos documentados de neumonía y neumonía aspirativa, determinando su frecuencia oficial.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Se analizó la casuística de un servicio médico finalista con 3.200 ingresos/año, más de un 65% de ancianos entre sus pacientes, 5,5 diagnósticos por paciente, 4,6 procedimientos; 8,5 días de EM, un índice de *case-mix* de 1,0118 y un índice funcional de 0,967. Se excluyeron los casos de absceso pulmonar. **Variable:** frecuencia oficial de neumonía aspirativa. Investigación evaluativa y en resultados de salud.

**RESULTADOS:** Sobre una muestra total de 2.085 altas (65% del total), caracterizada por 54% hombres y 46% mujeres, edad media de 68,52 años (IC 95%: 67,97-68,6), el diagnóstico de neumonía aspirativa es apenas común, sólo 26 casos (15%) de un total de 174 neumonías como diagnóstico principal. En 15 casos más fue diagnóstico secundario a patología neurológica, digestiva o traumato-

lógica. No está incluido entre los 10 diagnósticos principales, ni representado en el 77,7% de los problemas más frecuentes de un Servicio de Medicina Interna.

**DISCUSIÓN:** Aun considerando la neumonía aspirativa como complicación, o segundo diagnóstico, sigue siendo un suceso infrecuente. Los datos comparativos 2004-2005 son elocuentes: la incidencia de neumonía aspirativa en el producto finalista está mal representada y no muestra cambio significativo. A pesar de ello, sin embargo, tratamos a pacientes mayores con problemas deglutorios, neurológicos, escasa movilidad, mala dentición, vulnerables, dementes, confusos, agitados, con frecuencia receptores de nutrición artificial permanente por sondas nasogástricas y entéricas..., todos ellos de elevado riesgo y con reiteradas "infecciones de vías respiratorias bajas". La naturaleza sutil de los síntomas, la asumida costumbre de obviar la valoración de la función deglutoria, la "dilución" del problema en un elevado número de ellos, la pluripatología, la errónea asunción según la cual la alimentación enteral "por sonda" es garantía contra la aspiración y, quizá, cierta inercia poco favorable hacia el paciente geriátrico hacen que no esté adecuadamente contemplada en nuestra casuística.

**CONCLUSIONES:** La neumonía aspirativa es insuficientemente detectada por los médicos asistenciales que redactan informes de alta, aunque todos sabemos que es un problema médico común.

## A-05

# ESTUDIO DE GENOTIPOS DE 'PNEUMOCYSTIS JIROVECI' EN PACIENTES CON PATOLOGÍA PULMONAR CRÓNICA COLONIZADOS

C. de la Horra<sup>(1)</sup>, M. Montes-Cano<sup>(1)</sup>, J. Martín-Juan<sup>(2)</sup>, V. Friaza<sup>(1)</sup>, N. Respaldiza<sup>(1)</sup>, F. Muñoz-Lobato<sup>(1)</sup>, J. Varela<sup>(3)</sup>, F. Medrano<sup>(3)</sup>

<sup>(1)</sup>Unidad de Investigación. Fundación Reina Mercedes. Sevilla.

Servicios de <sup>(2)</sup>Neumología, <sup>(3)</sup>Medicina Interna (UCAMI). Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Sevilla.

**OBJETIVOS:** Durante los últimos años se ha demostrado la presencia de *Pneumocystis jirovecii* (Pj) en pacientes inmunocompetentes con patologías pulmonares crónicas, entre las que se incluyen pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y neumatía intersticial idiopática (NII). Las técnicas moleculares permiten identificar a este microorganismo así como los diferentes genotipos descritos. Sin embargo, se desconoce la distribución de estos polimorfismos en estos dos grupos de pacientes y su posible papel en la etiopatogenia de estos procesos. El objetivo consiste en describir la distribución de genotipos de *P. jirovecii* en pacientes con diferentes enfermedades pulmonares crónicas.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Se incluyeron 25 pacientes diagnosticados de EPOC y 26 diagnosticados de NII, todos ellos colonizados por *P. jirovecii* en los que se deter-

minó el genotipo mitocondrial mediante PCR-Nested y posterior secuenciación directa en las posiciones 85 y 248 del gen mt LSU rRNA. Además, por PCR-RFLP determinamos la presencia de mutaciones en los codones 55 y 57 del gen de la dihidropteroato sintasa (DHPS), asociado con la resistencia al cotrimoxazol.

**RESULTADOS:** Entre los pacientes con EPOC la distribución de genotipos fue la siguiente: G1 (85C/248C) 30%, G2 (85A/248C) 15%, G3 (85T/248C) mayoritariamente expresado en un 45% de los casos y, finalmente, en un 10% de los pacientes se identificó más de un genotipo. El análisis del gen DHPS mostró que un 28% de los pacientes presentaban mutaciones asociadas con resistencia a cotrimoxazol. Respecto de las NII identificamos el polimorfismo 85C/248C en un 65,4% de los casos. Los genotipos 85A/248C y 85T/248C

en un 19,2% y 15,4%, respectivamente. Finalmente, no se detectó ningún caso con mezcla de genotipos. Respecto del gen DHPS se encontraron mutaciones vinculadas a resistencias al cotrimoxazol en un 12,5% de los pacientes.

**CONCLUSIONES:** Se observa un patrón significativamente diferente con predominio del genotipo 1 en NII frente a un predominio del genotipo 3 en EPOC. La presencia de

mutaciones en el gen DHPS relacionadas con resistencia a sulfamidas es mayor en pacientes con EPOC. Son necesarios estudios más amplios para aclarar las diferencias encontradas en la distribución de genotipos y su implicación en estas patologías. Financiado parcialmente por Ministerio de Ciencia y Tecnología (SAF 2003-06061) y Consejería de Salud de la Junta de Andalucía (Referencia 70/04).

## A-06

# COLONIZACIÓN POR 'PNEUMOCYSTIS JIROVECI' EN PACIENTES CON FIBROSIS QUÍSTICA RECEPTORES DE TRASPLANTE PULMONAR

M. Montes-Cano<sup>(1)</sup>, C. de la Horra<sup>(1)</sup>, F. Dapena<sup>(2)</sup>, V. Friaza<sup>(1)</sup>,  
N. Respaldiza<sup>(1)</sup>, F. Medrano<sup>(3)</sup>, E. Calderón<sup>(3)</sup>, J. Varela<sup>(3)</sup>

<sup>(1)</sup>Unidad de Investigación. Fundación Reina Mercedes. Sevilla; <sup>(2)</sup>Unidad de Fibrosis Quística;

<sup>(3)</sup>Servicio de Medicina Interna (UCAMI). Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Sevilla.

**OBJETIVOS:** Las infecciones broncopulmonares constituyen el problema más grave en la fibrosis quística (FQ) y, en ocasiones, el trasplante pulmonar (TxP) representa la única opción terapéutica para mejorar la supervivencia de estos enfermos. El pronóstico del TxP está determinado por el rechazo del injerto y las infecciones oportunistas. Recientemente, se ha demostrado la existencia de portadores asintomáticos de *Pneumocystis jirovecii* entre pacientes con FQ, pero se desconoce su papel en la historia natural de esta enfermedad. El objetivo es determinar la frecuencia de colonización por *P. jirovecii* en sujetos con FQ sometidos a inmunosupresión por trasplante pulmonar.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Se obtuvieron muestras de enjuague oral de 12 pacientes con FQ receptores de TxP atendidos consecutivamente en una unidad especializada en esta patología; se realizó un seguimiento durante un año con recogida de muestras cada 6 meses. La identificación de *P. jirovecii* se realizó mediante PCR tipo Nested ampliándose dos locus independientes de la región mitocondrial (mtLSU rRNA). Se utilizó como cebadores externos pAZ102-E y -H y como cebadores internos pAZ102-X y

-Y. El producto final de 260 bp confirmó la presencia del microorganismo.

**RESULTADOS:** Se incluyeron un total de 12 pacientes con FQ sometidos a trasplante (7 mujeres y 5 hombres), con una edad media de 20,8 (rango: 13-36) años. Todos los pacientes recibían tratamiento con inmunosupresores y quimioprofilaxis frente a *Pneumocystis* con cotrimoxazol. Al inicio del estudio se identificó *P. jirovecii* en 5/12 (41,6%) de los pacientes incluidos. Durante el seguimiento, en 10/12 (83,3%) de los pacientes incluidos se detectó el microorganismo en alguno de los exámenes realizados, aunque ninguno de los pacientes con FQ desarrolló neumonía por *Pneumocystis*.

**CONCLUSIONES:** En pacientes con FQ sometidos a TxP existe una elevada tasa de colonización por *P. jirovecii*. Además, la profilaxis con cotrimoxazol no impide la colonización de estos pacientes. El desarrollo de cepas con resistencia a este fármaco puede constituir un riesgo de desarrollo de neumonía por *Pneumocystis*, por lo que su posible presencia debería ser monitorizada en estos pacientes. Financiado parcialmente por Ministerio de Sanidad (FIS 03/1743).

A-07

ANÁLISIS DE LOS PACIENTES CON INFECCIONES  
POR 'ESCHERICHIA COLI' PRODUCTORA DE BLEE  
EN EL HOSPITAL COSTA DEL SOL DURANTE 2005

F. Moreno<sup>(1)</sup>, A. del Arco<sup>(1)</sup>, J. de la Torre<sup>(1)</sup>, I. López<sup>(2)</sup>,  
J. Prada<sup>(1)</sup>, J. Aguilar<sup>(1)</sup>, N. Montiel<sup>(2)</sup>, J. García Alegría<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Servicio de Medicina Interna; <sup>(2)</sup>Servicio de Microbiología.  
Hospital Costa del Sol. Marbella, Málaga.

**OBJETIVOS:** Conocer las características epidemiológicas, comorbilidad asociada y perfil de sensibilidad de los pacientes con infección por *Escherichia coli* productoras de BLEE.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio retrospectivo de los pacientes con infección por *E. coli* productor de BLEE en nuestro hospital, entre enero y diciembre de 2005. El hospital Costa del Sol es una empresa pública del SSPA con funciones de hospital comarcal en el área hospitalaria de la Costa del Sol occidental, atendiendo una población superior a 300.000 habitantes.

**RESULTADOS:** Se evaluaron 57 pacientes (9% del total de infecciones por *E. coli*); 27 de ellos eran varones, y 30, mujeres. La edad media fue de 57 años. El 22,8% eran diabéticos, el 52,6% tenían una enfermedad crónica debilitante, el 3,5% tenían infección por el VIH y el 7% tenía otra causa de inmunodepresión. El 14% había tenido previamente infección del tracto urinario (ITU), y el 8,8%, infección respiratoria. Existía el antecedente de consumo de antibióticos en 10 pacientes (17,5%), siendo éstos quinolonas (6), amoxicilina-clavulánico, cefalosporinas de 2.<sup>a</sup> y 3.<sup>a</sup> generación, imipenem, cotrimoxazol y fosfomicina. El microorganismo se aisló en el 47,4% (27) de los casos en muestra de orina; en el 19,3% (11) en esputos; 17,8% (10) en exudados cutáneos; 10,5% (6) en exudados

de infecciones abdominales y hemocultivos. En 3 pacientes (5,3%) se aisló en hemocultivos y urocultivo. El diagnóstico fue en el 54,4% de los casos ITU, en dos de ellos asociados a infección respiratoria, uno a infección abdominal y otro a infección de herida quirúrgica, un 24,6% fueron infecciones respiratorias neumónicas, un 14% infecciones de herida quirúrgica, un 10,5% infección intraabdominal y un 3,5% celulitis. Fallecieron 9 pacientes (15,8%). El panel de sensibilidad puso de manifiesto resistencia compartida en todos los casos a cefotaxima, ceftazidima y aztreonam mientras que imipenem fue sensible en el 97% de los casos, piperacilina-tazobactam 92%, gentamicina 84%, amoxicilina-clavulánico en 80,7%, cotrimoxazol 50% y ciprofloxacino 46%. En muestras de orina, fosfomicina presentó sensibilidad del 92%

**CONCLUSIONES:** El 75% pacientes presentan comorbilidad importante, representando la diabetes el 22%. El 17,5% habían recibido antibiótico previamente, fundamentalmente quinolonas. El aislamiento más frecuente fue en muestras de orina, seguido de esputo. La opción más segura de tratamiento en nuestro medio es el uso de carbapenems. Piperacilina-tazobactam presenta también un elevado perfil de sensibilidad. En muestras de orina, fosfomicina presenta asimismo sensibilidad elevada (92%).

## A-08

## ALTERACIONES DEL SURFACTANTE PULMONAR EN PACIENTES CON NEUMONÍAS INTERSTICIALES IDIOPÁTICAS COLONIZADOS POR 'PNEUMOCYSTIS JIROVECI'

V. Friaza<sup>(1)</sup>, C. de la Horra<sup>(1)</sup>, M. Montes-Cano<sup>(1)</sup>, N. Respaldiza<sup>(1)</sup>,  
F. Muñoz-Lobato<sup>(1)</sup>, J. Varela<sup>(2)</sup>, E. Rodríguez-Becerra<sup>(3)</sup>, E. Calderón<sup>(2)</sup>

<sup>(1)</sup>Unidad de Investigación. Fundación Reina Mercedes. Sevilla.

<sup>(2)</sup>Servicio de Medicina Interna (UCAMI).

<sup>(3)</sup>Servicio de Neumología. Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Sevilla.

**OBJETIVOS:** Las neumonías intersticiales idiopáticas (NII) constituyen un grupo heterogéneo de procesos caracterizados por una reacción inflamatoria inicial que conduce finalmente a la fibrosis pulmonar. Aunque se desconocen los factores desencadenantes, se ha especulado, sin llegar a demostrarlo, que

LSU rRNA. El análisis de la proteína surfactante A (PS-A) se realizó mediante *Western blot* artesanal en muestras de LBA y la PS-D usando un protocolo de ELISA comercial (BioVendor®). Los resultados se normalizaron con la concentración de proteína total del LBA.

	EPID colonizados n = 14	EPID no colonizados n = 26	p
PS-A (CN*/mg prot)	11,77	15,28	0,295
PS-D (ng/mg prot)	406,24	904,86	0,0264

agentes infecciosos podrían ser los causantes de la respuesta inflamatoria inicial. Recientemente se ha evidenciado la existencia de una alta tasa de colonización por *P. jirovecii* en sujetos con NII, y a través de modelos animales se conoce la capacidad de *Pneumocystis* de producir activación de macrófagos y modificaciones en los niveles de interleuquinas y proteínas del surfactante pulmonar. Por ello, el objetivo de este estudio fue determinar si la colonización por *P. jirovecii* produce alteraciones en el surfactante pulmonar de sujetos con NII.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Se incluyeron 40 pacientes con diagnóstico confirmado de NII a los que se les realizó lavado broncoalveolar (LBA). La identificación de *P. jirovecii* se realizó mediante amplificación por PCR tipo Nested del gen mt

**RESULTADOS:** Se identificó *P. jirovecii* en 14 de los 40 pacientes incluidos en el estudio (35%). Los resultados respecto a las proteínas del surfactante obtenidos se muestran en la **Tabla 1** (\*CN: concentración de SP-A normalizada).

**CONCLUSIONES:** Existe una elevada tasa de colonización por *Pneumocystis jirovecii* en sujetos con NII. En pacientes con NII colonizados por *P. jirovecii* hay una disminución significativa de la proteína D del sistema del surfactante pulmonar. Esta alteración del surfactante pulmonar podría tener implicaciones fisiopatológicas, por lo que se precisan nuevos estudios para esclarecer este punto. Financiado por Ministerio de Ciencia y Tecnología (SAF 2003-06061) y Ministerio de Sanidad (FIS CP 04/217).

A-16

PERFIL DE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS  
POR NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD EN  
LOS SERVICIOS DE MEDICINA INTERNA Y NEUMOLOGÍA

C. Fernández-Roldán, A. Pardo Cabello, M. García Jerez, M. Parejo Sánchez,  
C. Tomás Jiménez, C. López Robles, J. Cantero Hinojosa, J. Vilchez Medina

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario San Cecilio. Granada.*

**OBJETIVOS:** La neumonía adquirida en la comunidad (NAC) es una patología que motiva un importante número de estancias hospitalarias. Los ingresos se comparten entre los servicios de Medicina Interna (MI) y Neumología (N). Pretendemos conocer el perfil de los pacientes hospitalizados por NAC en ambos servicios.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio retrospectivo y aleatorio de 106 pacientes ingresados en el Hospital Universitario San Cecilio de Granada con diagnóstico de NAC, en el periodo comprendido entre septiembre de 2004 y agosto de 2005. Se excluyeron los pacientes que ingresaron en otros servicios, los inmunodeprimidos y los casos de neumonía nosocomial. En cada registro se analizó: edad, género, comorbilidad, tipo de patología asociada, procedencia del enfermo y factores de riesgo, entre otros. Se realizó un

análisis descriptivo y de asociación mediante T de medias y proporciones.

**RESULTADOS:** Los enfermos de MI fueron más añosos que los de N (79 vs. 66,  $p = 0,000$ ). Predominaron las mujeres ( $p = 0,039$ ). La comorbilidad fue mayor en MI (nefropatía,  $p = 0,022$ ; ACV  $p = 0,05$ ; neuropatía no vascular,  $p = 0,020$ ). En N predominó la patología relacionada con el tabaco ( $p = 0,001$ ). En MI existió asociación significativa con institucionalización previa en residencias ( $p = 0,001$ ), no demostrándose diferencias en la presencia de sonda nasogástrica y origen aspirativo de la NAC.

**CONCLUSIONES:** Los pacientes ingresados por NAC en el servicio de Medicina Interna tienen una mayor edad media y más comorbilidad asociada que los hospitalizados en Neumología.

EA-02

REGISTRO DE VARIABLES DE PACIENTES PERTENECIENTES  
AL PROCESO ASISTENCIAL PLURIPATOLÓGICO  
EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA  
DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

F. Martínez Peñalver, J. de la Vega Sánchez, E. Salamanca Rivera, L. García Gómez,  
M. Maestre Muñoz, E. Oncala Sibajas, A. Leal Luna, R. Pérez Cano

*Servicio de Medicina Interna B.  
Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.*

**OBJETIVOS:** Aplicación del Censo de Variables, diseñado por nuestro Servicio, a 100 pacientes de los ingresos producidos durante la estación de invierno con el objetivo de: cuantificar los pacientes pertenecientes al proceso asistencial pluripatológico al ingreso y al alta; motivos de ingreso y GDR más frecuentes; categorías del proceso asistencial al que pertenecen; porcentaje de medicación en genéricos al ingreso y alta; valoración funcional de los pacientes y sobrecarga del cuidador mediante el FIM y el ZARIT; estancia

media entre pluripatológicos y no pluripatológicos; y destino de los pacientes al alta.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio retrospectivo sobre 100 pacientes ingresados en camas pertenecientes al Servicio de Medicina Interna B escogidos de manera aleatoria. Se diseñó de forma consensuada entre los médicos de nuestro servicio un cuestionario con la finalidad de recoger las distintas variables para poner en marcha un registro informatizado de pluripatológicos. El análisis

estadístico de los datos se llevó a cabo con el programa SPSS v 12.0

**RESULTADOS:** La edad media fue de 72,77 años, con una media de 0,56 ingresos en el último año y con una estancia media de 10,98 días. Al ingreso, el 56% de los enfermos eran pluripatológicos, mientras que al alta este porcentaje fue del 60%. El 94,6% de los enfermos procedían de Urgencias, mientras que el 4,4% eran ingresos programados o de Consultas Externas. Los motivos más frecuentes de ingreso fueron disnea (30%), dolor torácico (13%) y dolor abdominal (12%). Los GDR más frecuentes al alta fueron la insuficiencia cardiaca (17,4%) y la insuficiencia respiratoria (10,9%). Al ingreso, el número de medicamentos prescritos era de 5,85, siendo el 30% genéricos. El número de medicamentos en el alta fue de 7,01, siendo genéricos un 68,9%. El 84,8% de los pacientes fueron a su domicilio, el 6,5% a una residencia y el 5,4% fueron exitos.

**DISCUSIÓN:** El Proceso Asistencial de Atención al Paciente Pluripatológico describe una mayor prevalencia de pacientes pluripatológicos en mayores de 64 años. En cuanto a los medicamentos genéricos, tenemos una población polimedicaada con un bajo número de genéricos prescritos (30%), y al alta hemos conseguido que sean un 68,9%, especialmente en pacientes como los que aquí estudiamos, normalmente polimedicaados. Los GDR más frecuentes fueron la ICC –con un 17,4% de los casos– y la insuficiencia respiratoria –con

un 10,9%–; y, comparando con el estudio de Zambrana con 400 pacientes, en los que el grupo de EPOC reagudizados constituía el 11% y la ICC el 8,8%, arrojan un nivel similar de EPOC pero un mayor porcentaje de ICC. Nuestra estancia media fue de 10,98 días, un valor parecido al de otros estudios similares. Al alta, el 84,8% de nuestros pacientes fueron a su domicilio, garantizándose la continuidad asistencial mediante citación al alta en nuestras Consultas Externas. Los pacientes que fueron a residencia recibieron un informe adjunto de alta de cuidados de enfermería.

**CONCLUSIONES:** Con este estudio queremos resaltar la necesidad de iniciar un registro informático de la población de pluripatológicos con el objetivo de mejorar su atención y, sobre todo, de coordinar a los distintos estamentos sanitarios para garantizar una continuidad asistencial. Para ello es vital que este proceso englobe no solo a la coordinación entre los distintos hospitales, sino también a Asistencia Primaria. El elevado número de derivaciones a Consultas Externas Especializadas nos ha llevado a plantear la creación de consultas monográficas de los distintos procesos asistenciales del SAS –en este caso, de pluripatológicos–. El objetivo final de este estudio debería ser el inicio de un proyecto que englobara a los distintos servicios de Medicina Interna pertenecientes al SAS y la elaboración de un documento común, revisable temporalmente –y, por tanto, dinámico–, para el registro de las distintas variables en estos pacientes.

## EA-03

# CONSULTA DE ATENCIÓN AL PACIENTE PLURIPATOLÓGICO: CARACTERÍSTICAS GENERALES

F. Báñez Sánchez<sup>(1)</sup>, A. Márquez García<sup>(1)</sup>, M. Zamora Ardoy<sup>(2)</sup>, M. Requena Pou<sup>(1)</sup>, J. Trujillo Pérez<sup>(1)</sup>, S. Reyes Pozo<sup>(1)</sup>, D. Carrillo Ortiz<sup>(1)</sup>, N. Marín Gámez<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario. Jaén.

<sup>(2)</sup>Servicio de Farmacia. Hospital Alto Guadalquivir. Andújar (Jaén).

**OBJETIVOS:** Desde hace aproximadamente un año funciona en nuestro hospital una consulta monográfica dedicada al paciente pluripatológico que funciona dos días en semana. Pretendemos con el presente estudio determinar las características generales de los pacientes que allí son atendidos.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Se han extraído de forma aleatoria 73 historias clínicas de los pacientes que fueron atendidos durante el año de funcionamiento de la consulta. Se ha valorado: edad, sexo, si cumplen criterios de inclusión en el proceso de atención al paciente pluripatológico\*, categorías clínicas del proceso\*, pruebas complementarias realizadas y farmacología prescrita. (\*Según el proceso de atención al paciente pluripatológico elaborado por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.)

**RESULTADOS:** De los 73 pacientes (P) estudiados, 33 eran varones (V) y 40 mujeres (M), siendo la edad media de 67±15 y 70±11 años, respectivamente. Solamente 53 P (72,6%)

cumplían criterios del proceso de pluripatológicos; de ellos, 24 eran V y 29 eran M, con una edad media de 71±11 y 72±10 años, respectivamente. En cuanto a las categorías clínicas las más representadas fueron la B con el 52,83% de los P, la C con el 43,39%, la A con el 33,96% y la F con el 32,07%, la menos representada fue la D con el 15,09% de los P. En relación con las pruebas complementarias en 27 P (50,94%), sólo se precisó la realización de analítica, 19 P (35,84%) precisaron analítica y otra prueba, 3 P (7,54%) precisaron analítica más 2 pruebas, 2 P (3,77%) precisaron analítica más 3 pruebas; sólo un paciente no precisó ninguna prueba complementaria. En cuanto al tratamiento farmacológico, la media de fármacos por P fue de 7,44±3,30. Los grupos farmacológicos más representados fueron el C (cardiovascular) con el 32,91% de las prescripciones, el A (digestivo) con el 22,02%, el B (sangre y líquidos corporales) con el 13,92% y el N (sistema nervioso) con el 10,37% de las prescripciones.

**DISCUSIÓN:** Del estudio se deduce que existe un alto porcentaje de P mal derivados a la consulta. La mayoría de los P atendidos son ancianos con patologías cardiorrespiratorias y osteoarticulares fundamentalmente, que consumen gran cantidad de recursos terapéuticos. Sin embargo, este tipo de consulta es eficiente en cuanto a las pruebas complementarias realizadas: así, más de la mitad de los P sólo precisaron una analítica.

**CONCLUSIONES:**

1. Algo más de la cuarta parte de los pacientes derivados no cumplen criterios.
2. La principal patología de los pacientes atendidos es la cardiorrespiratoria y la osteoarticular crónica.
3. Alto consumo de recursos farmacéuticos.
4. Alta eficiencia en uso de pruebas complementarias.

## EA-04

# DEMENCIA EN PERSONAS MAYORES DE 65 AÑOS. FACTORES ASOCIADOS

C. de la Torre Solís<sup>(1)</sup>, M. Guil García<sup>(2)</sup>, C. San Román de Terán<sup>(2)</sup>,  
J. Lomeña Villalobos<sup>(1)</sup>, T. López Madroño<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Servicio de Atención Primaria. <sup>(2)</sup>Servicio de Medicina Interna.  
HGB Axarquía. Vélez-Málaga (Málaga).

**OBJETIVOS:** Conocer la prevalencia del deterioro cognitivo en nuestro medio en la población mayor de 65 años no institucionalizada, y valorar algunos factores asociados.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Realizamos un estudio observacional, transversal y descriptivo de una población mayor de 65 años de 1185 personas, calculando el tamaño de la muestra para una prevalencia esperada del 15% con error  $\alpha$  5% y precisión  $\pm 5\%$ . La muestra resultante fue de 168, y en previsión de posibles pérdidas seleccionamos 196 pacientes. Las personas analizadas en la muestra se obtuvieron por recogida sistemática, definiendo un intervalo  $K=N/n$ , eligiendo un número de arranque aleatorio y siguiéndolo  $K$  veces. A las personas se les realizó una entrevista personal en la que incluimos variables sociodemográficas (edad, sexo, estado civil, nivel educacional y ámbito en el que viven), patologías prevalentes (diabetes mellitus, HTA, cardiopatía isquémica, ACV, EPOC, hiperlipemia, osteoartritis, polimedicación) y se valoró el deterioro cognitivo con el *Short Portable Mental Status Questionnaire* de Pfeiffer (SPMSQ), test de cribado con una sensibilidad del 91% y especificidad del 90% con la particularidad de tener baja sensibilidad respecto del nivel de escolarización (presenta corrección si el paciente es analfabeto), lo que lo hace especialmente útil en personas de edad avanzada y analfabetas. Los resultados se analizan con estadístico SPSS, realizándose regresión logística y análisis multivariante.

**RESULTADOS:** Estudiamos a 187 pacientes. La edad media era de 75,04 años ( $\sigma = 6,773$ , rango 65-98). Hombres 85 (45,5%) y mujeres 102 (54,5%). Vivían en medio rural 92 (49,2%) y en urbano 95 (50,8%). Analfabetos eran 36 (19,3%), y 151 sabían al menos leer y escribir. Vivían con su pareja 103 (55,1%) y no tenían pareja 84 (44,9%). Respecto de la patología prevalente, referían padecer diabetes 36 (19,3%), HTA 94 (50,3%), cardiopatía isquémica 29 (15,5%), ACV 12 (6,4%), EPOC 20 (10,7%), HLP 39

(20,9%), osteoartritis 66 (35,3%), polimedicación (entendida como la toma de al menos 5 fármacos distintos al día) 66 (35,3%). Respecto de SPMSQ, fue positivo con más de 2 errores en 36 (19,3%), siendo leve (3-4 errores) en 21 (11,2%), moderado (5 errores) en 5 (2,7%) y grave ( $\geq 6$  errores) en 10 (5,3%). En el análisis multivariante y regresión logística: Analfabetos:  $p = 0,02$ ; OR = 3,052; IC 95%: 1,155-8,066. Ámbito rural:  $p = 0,03$ ; OR = 2,728; IC 95%: 1,080-6,893. Edad > 75 años:  $p = 0,003$ ; OR = 4,307; IC 95%: 1,670-11,106. Diabetes:  $p = 0,009$ ; OR = 3,902; IC 95%: 1,415-10,760. HLP:  $p = 0,014$ ; OR = 0,180; IC 95%: 0,046-0,705. Sin significación para sexo, estado civil, HTA, ACV, cardiopatía isquémica, EPOC, osteoartritis, polimedicación.

**DISCUSIÓN:** En los últimos años se está produciendo un progresivo envejecimiento de nuestra población, aumentando el estrato demográfico de personas mayores de 65 años. En unos 5 años se espera que ronde el 20% del total de la población española. Uno de los grandes síndromes geriátricos es el deterioro cognitivo, que se define como "la disminución del rendimiento de una o más de las capacidades mentales o intelectuales de la persona". Tiene una gran variabilidad según los estudios, con prevalencias de deterioro cognitivo leve de 6-42% y de demencia de 5-10%.

**CONCLUSIONES:**

1. La prevalencia de deterioro cognitivo al menos leve en nuestro medio es de 19,3% en la población mayor de 65 años.
2. El riesgo de deterioro cognitivo aumenta con la edad.
3. El ámbito (rural) y el nivel educacional (analfabetismo) posiblemente influyan en la aparición de déficit cognitivo.
4. Al igual que en otros trabajos, la diabetes mellitus parece influir en la aparición de déficit cognitivo.
5. A valorar el papel y la influencia de la hiperlipemia (¿el efecto pleiotrópico de las estatinas?) en el déficit cognitivo.

## EA-05

# ESTUDIO SOBRE INCIDENCIA Y CARACTERÍSTICAS DIFERENCIALES DE LOS PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

**L. García Gómez, E. García-Pelayo, A. Leal Luna**

*Servicio de Medicina Interna.  
Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.*

**OBJETIVOS:** Determinar la incidencia de pacientes pluripatológicos ingresados en alas de hospitalización de un Servicio de Medicina Interna. Detectar diferencias en estancias medias y consumos de recursos entre los pacientes pluri y no pluripatológicos. Identificar otros factores que influyan en la estancia (diagnósticos V).

La mediana de edad fue de 74,0 (RI: 66,0-82,0). El porcentaje de pluripatológicos fue del 61%. Las categorías clínicas encontradas en estos pacientes fueron, por orden de frecuencia, [A (75,2%) > C (54,4%) > G (44%) > B (30,4%) > E (24,8%) > F (19,2%) > D (5,6%)]. Hubo diferencias al comparar a la población pluri con la no

**Tabla 1. Diferencias**

	Pluripatológicos	No pluripatológicos	Significación
Edad	74,9 ± 10,8 años	67,7 ± 15,3 años	p = 0,001
Sexo	Hombres: 55,2% Mujeres: 44,8%	Hombres: 50% Mujeres: 50%	
Estancia media	13,50 ± 6,6 días	11,86 ± 5,1 días	p = 0,055
N.º medio enfermedades	5	3	
N.º medicamentos medio alta	8	5	p < 0,001
ACO	27,2%	21,3%	p = 0,37
Oxigenoterapia	9,6%	6,3%	p = 0,24
Destino	D: 77,6% E: 8,8% I: 13,6%	D: 95% E: 3% I: 1,3%	
% reingreso	13,6%	2,5%	p = 0,002
% diagnósticos V	20%	3,8%	p < 0,001

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Recogida de las epicrisis emitidas durante el mes de mayo de 2005 en nuestro Servicio de Medicina Interna. Diseño de base de datos y almacenamiento de información sobre filiación, estancia, datos clínicos, procedimientos, medicaciones y seguimiento. Se consideró para la detección de los pacientes pluripatológicos la definición disponible en el proceso sobre pluripatológicos del SAS. Se incluyeron 6 categorías V: vivir solo, falta de asistencia en domicilio, espera de traslado, vivir en residencia, tener ostomías o amputaciones. Estudio de casos-controles para determinar posibles diferencias en estancia, consumos de recursos, entre los pacientes pluri y no pluripatológicos con categorías V o sin ellas. Se realizaron los cálculos con el paquete estadístico SPSS 11v.

**RESULTADOS:** Se recogieron 205 epicrisis. Predominaron los hombres (53,2%) frente a las mujeres (48,6%).

pluripatológica (Tabla 1). Los pacientes con diagnósticos V tuvieron estancia superior sin significación estadística (13,7 frente a 12,6 días). Los pluripatológicos con diagnósticos V también tuvieron una prolongación en estancia sin significación estadística (14,1 frente a 13 días).

**CONCLUSIONES:** La incidencia de enfermos pluripatológicos es alta (61%). Existe una mayor frecuencia de pluripatología en la población masculina (55,2-44,8%). Se detectó una tendencia al aumento de la estancia media en estos pacientes, aunque sin significación estadística. Diferencias significativas se encontraron en el consumo de recursos por polimedición y reingresos, así como riesgo de institucionalización y presencia de categorías V en el subgrupo de pacientes pluripatológicos.

## EA-06

LA ANEMIA DE LOS DESÓRDENES  
CRÓNICOS EN EDADES SENILES

R. Ríos Fernández, F. Pérez Blanco, D. Vinuesa García, A. Salas Galán, A. Rodríguez Cuartero

*Grupo de Investigación de Medicina Interna I.  
Hospital Universitario San Cecilio. Granada.*

**OBJETIVOS:** Estudiar la anemia en los desórdenes crónicos en edades seniles en la población hospitalizada a partir de los 70 años.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Hemos estudiado prospectivamente 200 sujetos, 100 de cada sexo, a partir de los 70 años con edades medias de  $77,5 \pm$  años para los varones y  $79,1 \pm 3$  años para las mujeres. El motivo de ingreso fue variable para ambos grupos, predominando la insuficiencia cardiaca congestiva, demencias, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y una miscelánea de otras patologías.

**RESULTADOS:** El 75% de los enfermos con más de 70 años presentan anemia, considerando el criterio de la OMS cuando la hemoglobina es  $< 13,5$  g/dL en varones y  $12,5$  g/dL en mujeres. La distribución fue la que se muestra en la **Tabla 1**.

**DISCUSIÓN:** La anemia de los desórdenes crónicos es una de las anemias de etiopatogenia no totalmente conocida y generalmente mal diagnosticada, que se caracteriza por unas concentraciones normales de ferritina sérica y elevación de los reactantes biológicos proteicos (PCR, orosomucoide), siendo los restantes parámetros no diferenciados y presentando

Tabla 1			
	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
Anemias de desórdenes crónicos	62	65	127
Anemias ferropénicas	12	15	27
Anemias perniciosas	1	2	3
Anemias diseritropoyéticas	1	1	2
Anemias hemolíticas	0	1	1

Además de las exploraciones hematológicas y bioquímicas, radiológicas, electrofisiológicas, a todos sin excepción, se les determinó: recuento eritrocitario, concentración de hemoglobina, hematocrito, VCM, HCM, CHCM, en el *coulter counter*. En la bioquímica determinamos: sideremia (método de betafenantrolina), transferrina, y PCR (inmunodifusión radial), ferritina (ELISA). En casos seleccionados se determinó vitamina B<sub>12</sub> y folatos, test de Coombs, haptoglobina y hemopexina, y se realizó punción aspiración de médula ósea.

do problemas de diagnóstico diferencial, sobre todo con las anemias ferropénicas, en las que la ferritina es baja, siendo el comportamiento de la hemoglobina, VCM, hierro, y transferrina similar en unas y otras.

**CONCLUSIONES:** El interés del diagnóstico de las anemias de enfermedad crónica radica fundamentalmente en que es la anemia más frecuente en edades seniles (la presentación es de 63,5% en nuestros enfermos, sin diferencia entre sexos) y en la no indicación de la ferroterapia ni principios antianémicos.

## EA-07

# CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES CON DETERIORO COGNITIVO EN NUESTRO CENTRO

A. Lazo Torres, M. Pageo Jiménez, F. Díez, B. Cervantes, J. Montes, J. Gamir, V. Rodríguez

*Servicio de Medicina Interna.  
Hospital Torrecárdenas. Almería.*

**OBJETIVOS:** Describir las principales características de los pacientes con deterioro cognitivo que ingresan en una Unidad de Geriátrica del Servicio de Medicina Interna.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Revisión de las historias clínicas de todos los pacientes con deterioro cognitivo que fueron dados de alta de la Unidad de Geriátrica entre el 1 de mayo y el 31 de octubre de 2005, recogiendo como variables la edad, estancia media, motivo de ingreso, tipo de demencia y tratamiento, número de diagnósticos al alta, número de fármacos prescritos, incapacidades, destino al alta y si presentaron o no episodio confusional durante su ingreso.

**RESULTADOS:** Estudiamos un total de 136 pacientes dados de alta en el periodo de 6 meses con diagnóstico de demencia, de los cuales la mayoría fueron mujeres (66,9%). La edad media fue de 83,19 años, algo superior en las mujeres. Las demencias vascular/mixta englobaron a casi dos terceras partes de los pacientes. Los pacientes con demencias vascular/mixta recibieron tratamiento antiagregante en el 67% de los casos, no así en el caso de los pacientes con demencia tipo Alzheimer, donde la gran mayoría de los pacientes no recibían tratamiento específico, siendo en este grupo la memantina el fármaco más utilizado, seguido del donepezilo. La patología infecciosa fue el motivo de ingreso más frecuente, seguido de los accidentes cerebrovasculares. Al alta los pacientes tenían una media de diagnósticos de 6,84, y la media de fármacos prescritos fue de

5,1, algo superior en ambos casos en el grupo de las mujeres. Alrededor del 16% de los pacientes presentaron cuadro confusional durante su ingreso. La risperidona fue el neuroléptico prescrito a un mayor número de pacientes, seguido del haloperidol. La gran mayoría de nuestros pacientes eran grandes incapacitados y, a pesar de esto, sólo un pequeño porcentaje de ellos residía en residencias asistidas.

**DISCUSIÓN:** Es llamativo el bajo porcentaje de pacientes que recibieron tratamiento específico para la demencia, hecho que quizás podría explicarse por el estado de gran incapacidad que ya tenían nuestros enfermos, y que explicaría también por qué la memantina fue el fármaco más prescrito en esta serie. Destacamos también que, a pesar de que se trataba en la mayoría de los casos de pacientes grandes incapacitados, las familias asumían los cuidados que requerían con el apoyo de los equipos de atención primaria.

**CONCLUSIONES:**

1. Las demencias vascular/mixta fueron las más frecuentes en nuestra serie.
2. Nuestros pacientes recibieron antiagregación en la mayoría de los casos con demencia vascular/mixta, no así otros tratamientos específicos, siendo la memantina el fármaco más prescrito.
3. La patología infecciosa fue el principal motivo de ingreso, seguido de los accidentes cerebrovasculares.

## EA-08

# PREVALENCIA DE PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS EN UNA PLANTA DE MEDICINA INTERNA

I. Marín Montín, M. Rey Rodríguez, F. Guerrero Igea, R. Ruiz Morales, F. Cuesta López, M. Soriano Pérez, J. Serrano Carrillo de Albornoz, M. Aguayo Canela

*Servicio de Medicina Interna.  
Área Hospitalaria Virgen Macarena. Sevilla.*

**OBJETIVOS:** Los pacientes pluripatológicos ocupan un papel central en la asistencia diaria del internista. Conocer el impacto de estos enfermos en el sistema sanitario es de interés para conocerlos mejor y planificar estrategias.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Se estudiaron prospectivamente

los enfermos encamados asignados a un internista entre los meses de agosto y noviembre de 2005, en el Hospital de San Lázaro. Se recogieron diferentes variables de interés: edad, sexo, estancia media, porcentaje de reingresos, exitus, etc. Se establecieron 7 categorías diagnósticas, debiendo cumplir

2 o más para su inclusión como enfermo pluripatológico. Criterio de reingreso: ingreso en el plazo de 30 días previos al ingreso actual.

**RESULTADOS:** El 73,75% de los pacientes reunió criterios de enfermo pluripatológico. Éstos presentan mayor edad,

se debe probablemente al escaso tamaño de la muestra del estudio. No obstante, la tendencia general sugiere un alto porcentaje de pacientes pluripatológicos, con aumento de la carga asistencial, provocado en parte por el elevado porcentaje de reingresos.

COMPARACIÓN ENTRE PLURIPATOLÓGICOS Y NO PLURIPATOLÓGICOS			
Variable	Pluripatológico (n = 59)	No pluripatológico (n = 21)	p
Edad	79,2 (76,3-81,9)	72,2 (68,0-76,4)	0,10
Hombres (%)	42%	62%	0,10
Estancia media	28,2 (19,4-36,8)	22,1 (12,6-31,7)	NS
Reingresos	27%	10%	0,04
Exitus	32%	19%	NS

más estancia media y mayor porcentaje de exitus, aunque sin diferencias significativas. Sin embargo, el porcentaje de reingresos fue significativamente superior en estos pacientes.

**DISCUSIÓN:** La ausencia de significación estadística para las diferencias en edad, estancia media y porcentaje de exitus

**CONCLUSIONES:** 1. Alrededor del 74% de los pacientes es pluripatológico, con un porcentaje de reingresos significativamente elevado. 2. En el perfil del paciente pluripatológico se añade una edad más avanzada, con un aumento de la estancia media y de la proporción de exitus.

## EA-10

### EL INVIERNO TARDÍO

C. Herrero<sup>(1)</sup>, M. Romero<sup>(2)</sup>, A. Carrillo<sup>(2)</sup>, A. Martínez-Cañamero<sup>(2)</sup>,  
S. Bermudo<sup>(1)</sup>, A. Márquez<sup>(1)</sup>, J. Trujillo<sup>(1)</sup>, N. Marín-Gómez<sup>(1)</sup>

Servicio de <sup>(1)</sup>Medicina Interna; <sup>(2)</sup>Servicio de Urgencias.  
Hospital Médico Quirúrgico. Jaén.

**INTRODUCCIÓN:** Los pacientes ancianos con patologías crónicas evolucionadas son más vulnerables. Su atención es un reto continuo y, en determinadas épocas, exigen medidas especiales. El efecto térmico, la fase de ascenso de la onda epidémica de gripe a final de febrero, y la aerobiología adversa con floración, sequía y partículas, propiciaron la descompensación de estas patologías, aumentando la frecuentación en urgencias hospitalarias, el número de ingresos; comprometiendo los tiempos de primera respuesta en los servicios de urgencias, la disponibilidad de camas de hospitalización e incluso la continuidad de los programas quirúrgicos.

**OBJETIVOS:** Descripción de los resultados de un dispositivo de respuesta rápida aplicado entre Medicina Interna y Urgencias para responder a este aumento de demanda de atención hospitalaria por la población referida de pacientes frágiles durante el mes de marzo de 2006, coincidiendo con los factores mencionados. Y esto en un entorno de gimnasia anticipatoria de preparación y respuesta.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Diseño: Estudio clínico prospectivo observacional, evaluativo y de gestión. Pacientes: 200 pacientes, mayoritariamente ancianos (edad media e IC 95%: 78, 69-86; 51% varones, 49% mujeres) atendidos durante el mes de marzo de 2006 en un dispositivo de ini-

ciativa de respuesta rápida. El dispositivo con 12 camas, una consulta, y 8 sillones actuó como Hospital de Día o Unidad de hospitalización breve (< 48 h). La asistencia la realizaron 2 FEA de Medicina Interna y un FEA de Urgencias. El objetivo era "estabilizar" al paciente, indicar ingreso convencional en el área adecuada o dar el alta remitido para un control ambulatorio precoz efectuado por el mismo equipo.

**RESULTADOS:** Se atendieron, hasta este resumen, 200 pacientes, 136 (68%) ingresaron en planta convencional y 64 (32%) regresaron a casa con plan de continuidad precoz. Los 5 diagnósticos principales más frecuentes incluyeron a más del 75% de la muestra y fueron: insuficiencia respiratoria crónica agudizada (52%), insuficiencia cardiaca descompensada (34%), infección de vías respiratorias bajas o neumonía (32%), ictus (16%), y diabetes descompensada (15%). La comorbilidad, 5,4 condiciones, era la norma. La estancia media en la Unidad fue de 1,05 días (la global del Servicio fue de 08,5 días), y la mortalidad, del 1,5% (3) pacientes, la global del Servicio: 10,44%. El número de reingresos, 2. No se registró reclamación alguna.

**DISCUSIÓN:** El SSPA tiene ya previsto un plan de alta frecuentación para este tipo de circunstancias en el que participan hospitales y centros de salud. La iniciativa puesta

en marcha supone un nuevo aporte a este plan de alta frecuencia. Los pacientes a los que se destinó el plan son los que más se pueden ver perjudicados por una hospitalización prolongada (ancianos/pluripatológicos). La intervención fue segura, eficaz y bien acogida.

**CONCLUSIONES:** El dispositivo de respuesta rápida permitió una notable reducción en el número de ectópicos en todo el hospital, posiblemente por la mejor ubicación de los pacientes al ingreso. Disminuyó el tiempo de respuesta en urgencias. No se interrumpió ningún programa quirúrgico.

## EA-11

# INFLUENCIA DE LOS FACTORES BIÓPSICO-SOCIALES SOBRE EL GRADO DE EMPATÍA EN LA RELACIÓN MÉDICO-ENFERMO EN UNA COHORTE DE PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS

M. Cassani<sup>(1)</sup>, S. García Morillo<sup>(1)</sup>, M. Rincón<sup>(1)</sup>, M. Bernabéu Wittel<sup>(1)</sup>,  
A. Codina<sup>(2)</sup>, J. Cuello Contreras<sup>(1)</sup>, M. Ollero Baturone<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Servicio de Medicina Interna; <sup>(2)</sup>Distrito de Atención Primaria.  
Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Sevilla.

**OBJETIVOS:** Se concibe la empatía como un proceso que abarca actividades cognitivas, afectivas y conductuales del profesional de la salud y que se va desarrollando en la medida que transcurre el encuentro con el paciente. La literatura publicada sugiere que el desarrollo de la empatía aumenta el potencial terapéutico de la relación médico-paciente. En el paciente pluripatológico (PP) se desconocen los factores bio-psico-sociales que afectan o influyen sobre la empatía en la relación médico-PP. Determinar los factores propios del PP, y ajenos a él desde el punto de vista bio-psicosocial que se asocian a una mejor relación empática con los profesionales sanitarios en una cohorte multicéntrica con base poblacional de PP.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** La cohorte multicéntrica se generó en cuatro zonas básicas de salud (tres urbanas y una semiurbana) del área sanitaria de los Hospitales Universitarios Virgen del Rocío, en Sevilla. La empatía se midió utilizando un cuestionario empleando una escala de Likert (1-5) mediante entrevista (diferenciando entre médico de familia, enfermero de familia, e internista de referencia), por un miembro del equipo investigador no relacionado con la asistencia del paciente. Tras ello se procedió a realizar un análisis factorial con las variables asistenciales, obteniéndose como factor la empatía global (método de máxima verosimilitud, oscilando la matriz de las tres variables resumidas entre 0,44 y 0,85). Los posibles factores predictores de la empatía global se escogieron de características demográfico-clínicas y asistenciales del PP. La comparación entre grupos se realizó mediante la *t* de Student y el test de ANOVA y post-hoc de Tukey y Dunett, y las correlaciones mediante el

coeficiente de correlación de Pearson. Posteriormente se realizó un análisis multivariante mediante regresión lineal paso a paso hacia adelante. El dintel de significación se estableció para una  $p < 0,05$ .

**RESULTADOS:** 461 (69%) de los 662 PP elegibles de la cohorte contestaron a la entrevista. La empatía con el médico, de familia, enfermero de familia e internista de referencia fue de  $4,39 \pm 0,98$ ,  $4,49 \pm 0,87$ , y  $4,48 \pm 0,48$ , respectivamente; siendo la mediana del factor empatía global de 0,33 (-4,7-1,2). La empatía global se asoció con la accesibilidad telefónica al médico de familia (0,56 vs. 0,22;  $p < 0,0001$ ) y al enfermero/a de familia (0,58 vs. 0,24;  $p = 0,05$ ); y se correlacionó negativamente con la escala de Gijón global ( $r: p = 0,031$ ) y con dos de sus dimensiones: apoyos ( $r: -0,145$ ;  $p = 0,002$ ) e ingresos ( $r: -0,167$ ;  $p < 0,0001$ ). En el análisis multivariante, la valoración social medida por el índice de Gijón ( $p = 0,001$ ) y el número de fármacos prescritos ( $p = 0,004$ ) predijeron de forma independiente la empatía global.

**CONCLUSIONES:** En la cohorte multicéntrica de PP, el nivel de empatía con los distintos profesionales, así como la empatía global fueron elevados. Esta última se asoció con el acceso telefónico al médico y enfermero/a de familia, con el número de fármacos prescritos, y con una buena situación de soporte sociofamiliar. Un abordaje social integrador y medidas educativas con respecto a la polifarmacia podría mejorar nuestro nivel de empatía. En cualquier caso, creemos que se necesitan más trabajos para evaluar la influencia de estos factores sobre intervenciones o modelos que intenten promover la atención centrada en el paciente.

EA-12

FACTORES ASOCIADOS AL DETERIORO FUNCIONAL  
Y VULNERABILIDAD CLÍNICA DE PACIENTES  
PLURIPATOLÓGICOS. ESTUDIO SOBRE UNA COHORTE  
MULTICÉNTRICA DE BASE POBLACIONAL

N. Ramírez Duque<sup>(1)</sup>, M. Rincón<sup>(1)</sup>, M. Bernabéu Wittel<sup>(1)</sup>,  
S. García Morillo<sup>(1)</sup>, V. Yerro<sup>(2)</sup>, J. Cuello Contreras<sup>(1)</sup>, M. Ollero Baturone<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Servicio de Medicina Interna; <sup>(2)</sup>Servicio de Atención Primaria.  
Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Sevilla.

**OBJETIVOS:** Analizar los factores asociados al deterioro funcional (DF) y la vulnerabilidad clínica (VC) en una cohorte multicéntrica de PP con base poblacional de cuatro zonas básicas de salud (100.877 habitantes) del área sanitaria de los Hospitales Universitarios Virgen del Rocío.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** La cohorte de PP se generó prospectivamente mediante censado proactivo de todos los pacientes que cumplimentaban los criterios de la C. de Salud atendidos entre septiembre de 2004 y marzo de 2005 en los cuatro centros de salud correspondientes a las zonas básicas descritas. Para su detección se utilizaron la lista de problemas abiertos, la lista de programas de salud en los que se encontraban incluidos, y la presencia de polifarmacia como criterios de preselección sobre los que aplicar la definición de PP. A todos los pacientes se les propuso una entrevista por un miembro del equipo investigador no relacionado con su asistencia. El DF se analizó mediante la escala de Barthel (EB), y la VC se extrajo tras un análisis factorial como variable resumen del número de ingresos hospitalarios, urgencias hospitalarias, urgencias en atención primaria, y visitas domiciliarias del M. Familia y Enfermero de Familia en los últimos 3 meses (método de máxima verosimilitud, oscilando la matriz de las variables resumidas entre 0,48 y 0,61). La comparación entre grupos se realizó mediante la U de Mann-Whitney, el test de Kruskal-Wallis, y la R de Pearson. El análisis multivariante se realizó con la técnica de regresión lineal paso a paso hacia delante mediante el paquete estadístico SPSS 12.0. El nivel de significación estadística se estableció para una  $p < 0,05$ .

**RESULTADOS:** De un total de 662 PP legibles en la cohorte, 461 (50,1% de ellos varones) contestaron la entrevista. La mediana en la puntuación en la EB fue de 90 (0-100). El DF

se asoció con la edad del PP ( $r = -0,24$ ;  $p < 0,0001$ ), el sexo femenino (85 vs. 95;  $p < 0,0001$ ), el número de categorías de inclusión ( $r = -0,17$ ;  $p = 0,001$ ), las categorías B (80 vs. 95;  $p < 0,0001$ ), y E (50 vs. 95;  $p < 0,0001$ ), el deterioro cognitivo por escala de Pfeiffer ( $r = -0,25$ ;  $p < 0,0001$ ), el ser cuidado por familiares de segundo grado (EB = 70), vecinos (EB = 47,5), o profesionales (EB = 55) con respecto al cónyuge (EB = 85) ( $p < 0,02$ ), la insuficiencia sociofamiliar medida por la escala de Gijón ( $r = -0,22$ ;  $p < 0,0001$ ) y con el acceso telefónico al internista (67,5 vs. 85;  $p = 0,019$ ). En el análisis multivariante el DF se asoció de manera independiente con la insuficiencia sociofamiliar ( $p < 0,0001$ ) y con la categoría E ( $p < 0,0001$ ). La VC fue mayor en los pacientes con más edad ( $r = 0,15$ ;  $p = 0,002$ ), más categorías de inclusión ( $r = 0,125$ ;  $p = 0,008$ ), más diagnósticos secundarios (no definitivos de categorías de inclusión) ( $r = 0,11$ ;  $p = 0,018$ ), aquellos con la categoría E ( $p = 0,001$ ), cuidados por profesionales con respecto a familiares ( $p = 0,04$ ), con deterioro funcional por EB ( $r = -0,27$ ;  $p < 0,0001$ ), con insuficiencia sociofamiliar por escala de Gijón ( $r = 0,123$ ;  $p = 0,002$ ) y aquellos con acceso telefónico a su médico de familia ( $p = 0,005$ ) y enfermero ( $p = 0,06$ ). En el análisis multivariante la vulnerabilidad se asoció de manera independiente con la edad ( $p = 0,01$ ) y la insuficiencia sociofamiliar ( $p = 0,026$ ).

**CONCLUSIONES:** Los PP de una cohorte multicéntrica más vulnerables clínicamente y con mayor deterioro funcional fueron los de mayor edad, con mayor número de categorías clínicas, y con enfermedades de la categoría E (neurológicas con déficit motor o cognitivo que genera discapacidad). El circuito asistencial que más se adaptó a sus necesidades fue la accesibilidad telefónica a los profesionales sanitarios.

## EA-13

# PREVALENCIA DE DETERIORO COGNITIVO EN UNA COHORTE MULTICÉNTRICA DE PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS

**N. Ramírez Duque<sup>(1)</sup>, M. Bernabéu Wittel<sup>(1)</sup>, M. Rincón<sup>(1)</sup>,  
M. Cassani<sup>(1)</sup>, V. Martín Sanz<sup>(1)</sup>, M. Ortiz<sup>(2)</sup>, M. Ollero Baturone<sup>(1)</sup>**

<sup>(1)</sup>Servicios de Medicina Interna; <sup>(2)</sup>Servicio de Atención Primaria.  
Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Sevilla.

**OBJETIVOS:** Determinar la prevalencia de DC mediante la escala de Pfeiffer (EP), así como las características clínicas y asistenciales diferenciales de los PP > 65 años con DC, en una cohorte multicéntrica de PP con base poblacional de cuatro zonas básicas de salud (100.877 habitantes) del Área Sanitaria de los Hospitales Universitarios Virgen del Rocío, en Sevilla.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** La cohorte de PP se generó prospectivamente mediante censo proactivo de todos los pacientes que cumplimentaban los criterios de la C. de Salud atendidos entre septiembre de 2004 y marzo de 2005 en los cuatro centros de salud correspondientes a las zonas básicas descritas. Para su detección se utilizaron la lista de problemas abiertos, la lista de programas de salud en los que se encontraban incluidos, y la presencia de polifarmacia como criterios de preselección sobre los que aplicar la definición de PP. Para este estudio se incluyeron los PP de la cohorte > 65 años, recogiendo las diferentes variables demográficas, clínicas y asistenciales mediante entrevista por un miembro del equipo investigador no relacionado con la asistencia del paciente. Se definió DC cuando el n.º de errores obtenidos en la EP (versión validada al castellano) era <sup>3</sup>3 o <sup>3</sup>4 en analfabetos. Posteriormente se compararon las características demográfico-clínicas y asistenciales de los PP con y sin DC. La comparación entre grupos se realizó mediante la Chi cuadrado y el test de Fischer y la U de

Mann-Whitney. El dintel de significación se estableció para una  $p < 0,05$ .

**RESULTADOS:** De los 461 PP que contestaron la entrevista 376 (81,5%) eran mayores de 65 años (53,7% mujeres, con una edad media =  $77,6 \pm 6,5$ ). De ellos, 174 (46,3%) presentaron DC, siendo la puntuación mediana de 4 (3-10) errores en la EP; 55 (32%) de ellos presentaba la categoría E. Comparativamente los PP con DC eran con más frecuencia mujeres (58% vs. 45%;  $p = 0,006$ , RR = 1,4 [1,09-1,76]), de mayor edad (77 vs. 73 años;  $p = 0,028$ ), con mayor deterioro funcional (80 vs. 95 puntos en la escala de Barthel,  $p < 0,0001$ ), y peor soporte sociofamiliar (4,5 vs. 4 puntos en la escala de Gijón;  $p = 0,002$ ); además, tenían con mayor frecuencia un cuidador principal (CP) al cargo de sus cuidados (76,5% vs. 62,5%;  $p = 0,002$ , RR = 1,97 [1,27-3,05]). Desde la perspectiva clínica y asistencial tenían prescritos menor número de fármacos ( $7,9 \pm 2,7$  vs.  $8,4 \pm 2,8$ ;  $p = 0,015$ ) y requirieron más atenciones domiciliarias por parte de Enfermería de Primaria (0,7 vs. 1,9;  $p < 0,0001$ ) en los 3 meses previos a la entrevista, que los PP sin DC. No se encontraron diferencias entre ambas cohortes en cuanto al número ni tipo de categorías de inclusión, el número de diagnósticos, ni de requerimientos de ingresos hospitalarios, atenciones urgentes ni consultas por el Médico de Familia ni por otros especialistas en los 3 meses previos a la entrevista.

## EA-14

# VALORACIÓN DEL “RIESGO NUTRICIONAL” EN PACIENTES ANCIANOS CON INSUFICIENCIA CARDIACA

**R. Fernández Ojeda, B. Escolano Fernández, A. Valiente Méndez, M. Camacho Fernández,  
J. García Mata, N. Lara Sires, M. Merino Rumín, M. Aguayo Canela**

Servicio de Medicina Interna A.  
Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

**OBJETIVOS:** Evaluar la presencia de “riesgo nutricional” en pacientes geriátricos ingresados con insuficiencia cardiaca en un Servicio de Medicina Interna, como un factor impor-

tante en la valoración geriátrica integral, y un elemento determinante del nivel de salud y del pronóstico de estos pacientes.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Durante un periodo de 3 meses (enero a marzo de 2006) se evaluó a todos los pacientes ingresados mayores de 65 años con datos de fragilidad y que cumplieran los criterios clínicos de Framingham de insuficiencia cardiaca. Se valoró en ellos el “riesgo nutricional” a través del cuestionario “Conozca su Salud Nutricional”, una sencilla escala desarrollada y distribuida por la Nutritional Screening Initiative (NSI) en respuesta al programa “Healthy People 2000”, y adaptada por Geriatrics en 1993; en ella se obtienen puntuaciones acumulativas que determinan tres niveles: “bueno” (valores entre 0 y 2), “riesgo moderado” (entre 3 y 5) y “riesgo alto” (6 o más). Se recogieron, además, múltiples variables demográficas, antropométricas, clínicas y de apoyo social. El análisis estadístico se realizó con los programas SPSS 13.0 y la calculadora de EPI-INFO 6.0 (intervalos exactos).

**RESULTADOS:** Analizamos 28 pacientes, de los cuales 17 eran mujeres (60,7%) y 11 eran hombres (39,3%). La edad media fue de 77,0 años (rango 65-92). Un 71,4% (20 pacientes) de esta muestra presentaban algún riesgo nutricional (14 de carácter “moderado” y 6 de tipo “alto”). No se encontró asociación entre el riesgo nutricional así evaluado y variables como la edad, género, peso corporal, índice de Quetelet, índice de Charlson, niveles sanguíneos de hemoglobina, creatinina, albúmina, triglicéridos o

colesterol total, presencia de diabetes o insuficiencia renal crónica, o con el apoyo social recibido (diferenciando los que vivían en entorno familiar de los que lo hacían solos o en una residencia).

**DISCUSIÓN:** En la insuficiencia cardiaca está descrita una situación de caquexia cardiaca debida, probablemente, a una excesiva producción de citoquinas. Además, en los pacientes geriátricos se reconoce un riesgo de desnutrición de causa multifactorial (factores fisiológicos relacionados con la edad, socioeconómicos y medioambientales, ligados al deterioro funcional para actividades diarias, o debidos a la existencia de enfermedades y sus consecuencias). Con los datos de esta muestra estimamos que un 21,4% (IC 95%: 8,3-40,9) de los pacientes ancianos frágiles ingresados con insuficiencia cardiaca tienen un riesgo nutricional alto, que requeriría de un estudio nutricional más profundo y, probablemente, una intervención dirigida a mejorarlo.

**CONCLUSIONES:** Encontramos una elevada tasa de riesgo nutricional en pacientes ancianos frágiles con insuficiencia cardiaca, sin traducción en mediciones clínicas convencionales y sin aparente relación con factores habitualmente invocados en su desarrollo. El uso de encuestas válidas y sencillas de aplicar puede servir para detectar en la práctica clínica esta situación y tomar medidas para asegurar una correcta alimentación, evitando posibles desnutriciones.

## EA-15

### PERFIL DE PACIENTES ANCIANOS INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS GENERALES

M. Soriano Pérez<sup>(1)</sup>, J. Serrano Carrillo de Albornoz<sup>(1)</sup>, I. Marín Montín<sup>(1)</sup>, A. Prados Gallardo<sup>(1)</sup>, M. Lamas Martínez<sup>(2)</sup>, F. Martínez Peñalver<sup>(2)</sup>, I. Marmesat Ríos<sup>(3)</sup>, M. Aguayo Canela<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Servicios de Medicina Interna A; <sup>(2)</sup>Servicio de Medicina Interna B; <sup>(3)</sup>Unidad de Cuidados Intensivos Generales. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

**OBJETIVOS:** La edad avanzada puede no ser ya un criterio de exclusión para recibir cuidados críticos. Para reafirmar esta hipótesis describimos las características demográficas y clínicas de una muestra de pacientes mayores de 65 años ingresados en una Unidad de Cuidados Intensivos Generales de un hospital general.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Sobre la totalidad de los ingresos de la Unidad de Cuidados Intensivos Generales (UCIG) del hospital Virgen Macarena a lo largo de un periodo de 6 meses (septiembre de 2004 - febrero de 2005), se han evaluado las altas de los pacientes mayores de 65 años, registrándose múltiples variables demográficas y clínicas. Los datos se han analizado con los programas SPSS para Windows 13.0 y EPI-INFO 6.0 (cálculo de las OR).

**RESULTADOS:** Sobre 703 ingresos totales en la UCIG en el periodo analizado, la proporción de pacientes mayores de 65 años fue del 39,11% (n = 275), y generaron el 37,3% de las estancias totales (n = 1.662). En este grupo,

la estancia media fue de 6,09 días (rango entre 0 y 82; sd: 8,11), había predominio de hombres (61,1%), y la edad media fue de 72,9 años (rango entre 65 y 87; sd: 5,2). En la muestra analizada el motivo más frecuente de admisión en UCIG fueron los procesos quirúrgicos (54,2%), la mayoría para cuidados postoperatorios, mientras que los ingresos por patología médica representaron el 45,8%, con la distribución porcentual que se muestra en la Tabla 1. En cuanto al soporte vital recibido, se trataron con aminas el 31,3%, y con ventilación mecánica (VM) el 74,5%. La mortalidad intra-UCI fue del 20,4% (representando el 47,9% del total de *exitus letalis* habidos en la UCIG, significativamente más elevada que la de los pacientes menores de 65 años), sin diferencias en relación a cuanto intervalos de edad establecidos. Estas dos últimas variables se asociaron con el tipo de ingreso: así, la VM con los quirúrgicos (OR: 3,93) y la mortalidad con los ingresos por alguna patología médica (OR: 3,48).

Tabla 1. Principales motivos de ingreso en UCIG (pacientes &gt; 65 años)

	Número	% sobre el total
Cuidados poscirugía	149	54,2%
Enfermedades respiratorias	43	15,6%
Enfermedades cardiológicas	38	13,8%
Enfermedades neurológicas	16	5,8%
Enfermedades digestivas	13	4,7%

**DISCUSIÓN:** El número de camas de UCI ocupadas por pacientes ancianos va en aumento en los últimos años (45% en el Hospital Clínico de Barcelona en el año 2004), fundamentalmente como consecuencia de un envejecimiento de la población, pero también por la mayor accesibilidad –no limitada por la edad– a tratamientos quirúrgicos complejos. Nuestro estudio tiene el sesgo de limitarse a una UCI General de tipo médico-quirúrgico, existiendo en el hospital otra UCI para pacientes con procesos cardiológicos críticos, que

no se ha evaluado, por lo que los ingresos de tipo médico en este grupo de edad pueden estar infravalorados. A pesar de estas limitaciones destaca la elevada mortalidad y consumo de recursos que muestra este subgrupo de pacientes.

**CONCLUSIONES:** Los pacientes ancianos representan ya más de un tercio de las cargas asistenciales en Unidades de Cuidados Críticos generales, como consecuencia del envejecimiento de la población y una mayor accesibilidad de todos los enfermos a tratamientos complejos e intervenciones quirúrgicas.

## EA-16

## FACTORES ASOCIADOS A LA SOBRECARGA DEL CUIDADOR PRINCIPAL EN UNA COHORTE MULTICÉNTRICA DE PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS

L. Moreno Gaviño<sup>(1)</sup>, M. Bernabéu Wittel<sup>(1)</sup>, M. Rincón<sup>(1)</sup>, M. Cassani<sup>(1)</sup>, M. Tello<sup>(2)</sup>, L. de la Paz<sup>(2)</sup>, M. Ollero<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Sevilla.

<sup>(2)</sup>Distrito de Atención Primaria. Sevilla.

**OBJETIVOS:** Conocer el perfil de los CP y los factores asociados a la sobrecarga sentida determinada mediante el índice de esfuerzo del cuidador (IEC), en una cohorte multicéntrica de PP con base poblacional de cuatro zonas básicas de salud (100.877 habitantes) del Área Sanitaria de los Hospitales Universitarios Virgen del Rocío, en Sevilla.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** El perfil del cuidador se determinó a todos los PP con limitación funcional moderada, grave o total (Barthel basal < 60 puntos), analizándose la edad, sexo y relación con el paciente. El IEC se llevó a cabo en su versión validada al castellano mediante entrevista por un miembro del equipo investigador no relacionado con la asistencia del paciente. Los posibles factores predictores se escogieron de las características del cuidador, y de características demográfico-clínicas y asistenciales del PP. La comparación entre grupos se realizó mediante la *t* de Student y el test de ANOVA y post-hoc de Tukey y Dunnett, y las correlaciones mediante el coeficiente de correlación de Pearson. Posteriormente se realizó un análisis multivariante mediante regresión lineal paso a paso hacia delante. El dintel de significación se estableció para una *p* < 0,05.

**RESULTADOS:** De la cohorte global de 806 PP, 662 fueron elegibles (se excluyeron 79 fallecidos, 5 ingresados en resi-

dencias, 44 pacientes que cambiaron de centro, 11 pérdidas), accediendo a la entrevista 461 (69% de la población elegible). De ellos, 293 (63,6%) tenían CP, 167 (36,2%) no lo precisaba, y 1 no tenía. La edad media de los CP fue 62 ± 15 años y el 79,4% eran mujeres. El grado de relación con el PP más frecuente fue el de cónyuge (146 [50%]), seguido de hijo-a (111 [38%]), familiar de segundo grado (22 [7,5%]), y contratado (12 [4%]). El IEC global de los CP fue de 5,35 ± 3,5, siendo significativamente superior en los que cuidaban de PP con la categoría E (enfermedad neurológica con déficit motor o cognitivo que le genere discapacidad) (7 ± 3,2 vs. 4,5 ± 3,3; *p* < 0,0001), los que tenían acceso telefónico al internista (parámetro asistencial del PP) (7 ± 3,3 vs. 4,2 ± 3,3; *p* = 0,014), y los residentes en dos áreas urbanas con respecto al área semiurbana (6 ± 3,7 y 6,3 ± 3,2 vs. 4 ± 3,3; *p* = 0,037 y 0,011, respectivamente). El IEC se correlacionó positivamente con la vulnerabilidad clínica del PP (factor que resumía hospitalizaciones, visitas médicas y enfermeras en primaria, y visitas a urgencias) (*R* = 0,37; *p* < 0,001), con el grado de deterioro cognitivo medido por la escala de Pfeiffer (EP) (*R* = 0,4; *p* < 0,0001), y negativamente con la situación funcional por escala de Barthel (*R* = -0,67;

$p < 0,0001$ ). En el análisis multivariante la edad del paciente ( $p = 0,03$ ), su vulnerabilidad clínica ( $p = 0,016$ ), el deterioro funcional medido por la EB ( $p < 0,0001$ ), y el deterioro cognitivo por la EP ( $p = 0,019$ ) predijeron de forma independiente el IEC.

**CONCLUSIONES:** El perfil del CP de los PP se corresponde mayoritariamente con cónyuges femeninas de unos 60 años de edad. Su índice de esfuerzo se asocia principalmente y de forma independiente con la edad, la vulnerabilidad clínica, y el deterioro funcional y cognitivo del PP.

## EA-17

### CALIDAD PERCIBIDA DE LA ASISTENCIA SANITARIA EN UNA COHORTE MULTICÉNTRICA DE PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS

M. Rincón Gómez<sup>(1)</sup>, M. Bernabéu Wittel<sup>(1)</sup>, S. García Morillo<sup>(1)</sup>, M. Cassani<sup>(1)</sup>,  
L. Moreno Gaviño<sup>(1)</sup>, A. Ortiz Camúñez<sup>(2)</sup>, M. Ollero Baturone<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Sevilla.

<sup>(2)</sup>Atención Primaria. Distrito Aljarafe. Camas (Sevilla).

**OBJETIVOS:** La percepción que tienen los pacientes pluripatológicos (PP) y sus cuidadores de la asistencia recibida resulta útil para conocer aspectos subsidiarios de mejora. Sin embargo, no existen datos de esta calidad percibida por los PP. El objetivo de este estudio es conocer la percepción global de la calidad de la asistencia sanitaria por parte de los PP e identificar los factores predictores en una cohorte multicéntrica con base poblacional.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** La cohorte de PP se enroló de forma prospectiva, mediante censo activo de los pacientes que cumplían los criterios del proceso, en cuatro centros de salud del Área de los HH. UU. Virgen del Rocío (Sevilla). La recogida de datos se llevó a cabo mediante encuesta personal a los PP y sus cuidadores. La calidad percibida (CP) se analizó mediante cuestionario tipo SERVQUAL adaptado al ámbito español y atención basada en consultas, con 17 dimensiones, cada una valorada en una escala Likert de 5 puntos (rango de puntuaciones posibles: 17-85). Además, se recogieron aspectos sociodemográficos, clínicos y asistenciales. La comparación entre grupos se realizó con el paquete estadístico SPSS 12.0, mediante los test de chi al cuadrado con corrección de Yates, o test de Fisher, *t* de Student, test de ANOVA, post-*hoc* de Turkey y *c*-Dunnett, y la U de Mann-Whitney y Kruskal-Wallis. Las correlaciones se determinaron mediante la R de Pearson. Posteriormente se realizó un análisis multivariante mediante regresión lineal paso a paso hacia adelante. Las diferencias entre gru-

pos se cuantificaron mediante la *odds ratio* y los intervalos de confianza del 95%. El dintel de significación se estableció para una  $p < 0,05$ .

**RESULTADOS:** De la cohorte global de 806 PP, 662 fueron elegibles (se excluyeron 79 fallecidos, 5 ingresados en residencias, 44 pacientes que cambiaron de centro, 11 pérdidas) y se realizó la entrevista a 461 (69% de la población elegible). La CP global media fue de  $62,52 \pm 10,19$ , y se relacionó: de forma negativa con los ítems de la escala de Gijón referentes a 'situación familiar' ( $R = -0,125$ ;  $p = 0,011$ ) y 'apoyo de red social' ( $R = -0,156$ ;  $p = 0,001$ ); y de forma positiva con la empatía con médico de familia ( $R = 0,375$ ;  $p < 0,0001$ ), la empatía con enfermero ( $R = 0,212$ ;  $p < 0,0001$ ), la empatía global ( $R = 0,212$ ;  $p < 0,0001$ ), el número de consultas con su médico de familia en el centro ( $R = 0,107$ ;  $p = 0,027$ ), y la situación funcional medida por la escala de Barthel (EB) ( $R = 0,127$ ;  $p = 0,009$ ). El análisis multivariante encontró que la CP global se relacionó con la empatía con médico de familia ( $p < 0,001$ ), la identificación del enfermero por el paciente o cuidador ( $p = 0,04$ ) y la situación funcional medida por la EB ( $p = 0,039$ ).

**CONCLUSIONES:** La valoración de los PP permite identificar factores que aumentarían la calidad percibida de la asistencia. Medidas encaminadas a mejorar la relación humana del personal sanitario con el paciente y frenar la dependencia funcional serían útiles para lograr una mayor percepción de calidad por los pacientes y sus cuidadores.

## EA-18

## DIMENSIONES EN LA CALIDAD DE ASISTENCIA PERCIBIDA POR PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS: UN ANÁLISIS FACTORIAL

M. Rincón<sup>(1)</sup>, M. Bernabéu<sup>(1)</sup>, S. García Morillo<sup>(1)</sup>, M. Cassani<sup>(1)</sup>,  
L. Moreno Gaviño<sup>(1)</sup>, A. Codina<sup>(2)</sup>, M. Ollero<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Sevilla.

<sup>(2)</sup>Atención Primaria. Distrito Sevilla. La Candelaria (Sevilla).

**OBJETIVOS:** Para el estudio de la calidad percibida (CP) por una cohorte multicéntrica de pacientes pluripatológicos (PP) se utilizó un cuestionario con 17 preguntas validado para atención sanitaria. Sin embargo, se desconoce si la información aportada por las preguntas del cuestionario puede aglutinarse en un número menor de variables-resumen. El objetivo de este estudio es identificar posibles variables-resumen derivadas a partir de las preguntas de un cuestionario de percepción de la calidad de la asistencia sanitaria por parte de los PP, y reconocer factores predictores de cada una de las mismas.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** La cohorte de PP se enroló de forma prospectiva, mediante censado activo de los pacientes que cumplían los criterios del proceso, en cuatro centros de salud del Área de los HH UU Virgen del Rocío (Sevilla). La recogida de datos se llevó a cabo mediante encuesta personal a los PP y sus cuidadores. La (CP) se analizó mediante cuestionario tipo SERVQUAL adaptado al ámbito español y atención basada en consultas, con 17 dimensiones, cada una valorada en una escala Likert de 5 puntos. Posteriormente se realizó un análisis factorial mediante el método de máxima verosimilitud para aglutinar las 17 dimensiones en variables-resumen de las mismas. Finalmente se analizaron los posibles factores predictores de estas variables-resumen. La comparación entre grupos se realizó con el paquete estadístico SPSS 12.0, mediante los test de chi al cuadrado con corrección de Yates, test de Fisher, *t* de Student, test de ANOVA, *post-hoc* de Turkey y *c*-Dunnett, y la U de Mann-Whitney y Kruskal-Wallis. Las correlaciones se determinaron mediante la R de Pearson. Posteriormente se realizó un análisis multivariante mediante regresión lineal paso a paso hacia adelante. Las diferencias entre grupos se cuantificaron mediante *odds ratio*, con intervalos de confianza del 95%. El dintel de significación se estableció para una  $p < 0,05$ .

**RESULTADOS:** Se recogió información referente a 461 PP. Tras el análisis factorial, la variables-resumen obtenidas fueron: 1. Capacitación técnica y de comunicación del personal sanitario (aglutinando las dimensiones información sanitaria,

información de pruebas, atención de enfermería, información de evolución y preparación del médico [rango de matriz de correlaciones (MC) = 0,531-0,811]). 2. Cualidades humanas de enfermería (amabilidad de enfermería [MC = 0,585]); 3. Instalaciones físicas del centro (accesibilidad del centro, limpieza del centro, orden en consultas y material del centro [rango MC = 0,43-0,856]). 4. Cualidades humanas del médico (que resumía comprensión del médico, amabilidad del médico y atención por el médico [rango MC = 0,556-0,631]). 5. Proceso de citación (conseguir cita, acceder a citación, atención de no sanitarios y conseguir revisión [rango MC = 0,456-0,566]). En el análisis multivariante se encontró que la asociación de forma independiente con factores predictores fue, para cada variable-resumen: para la 1, empatía con médico de familia ( $p < 0,001$ ), número de ingresos hospitalarios en año previo ( $p = 0,025$ ), número de diagnósticos aparte de las categorías del proceso ( $p = 0,019$ ), identificación del enfermero ( $p = 0,01$ ); para la 2, número de especialistas que revisan ( $p = 0,006$ ), género del cuidador ( $p = 0,025$ ); para la 3, identificación del enfermero ( $p = 0,042$ ), número de categorías definitorias del proceso ( $p = 0,027$ ), identificación del médico ( $p = 0,04$ ), número de consultas domiciliarias del enfermero ( $p = 0,021$ ), índice de Barthel ( $p = 0,018$ ); para la 4, identificación del enfermero ( $p = 0,047$ ), empatía con el enfermero ( $p < 0,001$ ), empatía con el médico ( $p = 0,015$ ); para la 5, empatía con el médico ( $p = 0,015$ ).

**CONCLUSIONES:** La información suministrada por 17 preguntas de un cuestionario de calidad percibida de la asistencia sanitaria por PP se resumió en 5 variables. El análisis de factores predictores de estas variables-resumen de la calidad percibida muestra la profunda interdependencia entre los diferentes agentes de la asistencia sanitaria (personal administrativo, personal de limpieza, enfermería, médicos de familia, consultas de especialidades, atención hospitalaria), hasta el punto de que la atención recibida de cada uno de ellos influye en la percepción de la calidad de la que se obtendría de otro distinto.

EA-19

CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES  
CON DEMENCIA SEGUIDOS EN LA UNIDAD  
DE CONTINUIDAD ASISTENCIAL (UCA)

R. López Alonso, J. García García, A. Aguirre Palacios, E. de Villar Conde, E. Gómez Camacho

Servicio de Medicina Interna-UCA.  
Hospitales Valme y El Tomillar. Sevilla.

**OBJETIVOS:** Describir las características de los pacientes con demencia seguidos en la Unidad de Continuidad Asistencial (UCA) del Área Hospitalaria de Valme (Hospitales Valme y El Tomillar)

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Los datos se extraen de la base de datos UCA, que es nuestra herramienta de trabajo fundamental, ya que gracias a ella disponemos de la historia clínica informatizada, actualizada a tiempo real y disponible *on line* desde la intranet del hospital. Seleccionamos aquellos pacientes incluidos en la UCA que tengan recogido entre sus diagnósticos algún tipo de demencia, y que tengan al menos un episodio asistencial durante el año 2005. Se realiza un análisis descriptivo de dicha población con ayuda del programa SPSS.

**RESULTADOS:** Durante el año 2005 se atendieron un total de 385 pacientes entre cuyos diagnósticos está recogido el de algún tipo de demencia. El 63,4% son mujeres con una edad media de 82 años. La edad media en varones es de 78 años. El 82% de los casos viven en su domicilio a cargo de familiares o cuidadores, y el 18% restante lo hace en residencias. Del total de 385 pacientes, 175 (45,5%) son pluripatológicos (PP) (según la definición recogida en el proceso del mismo nombre), 104 (27,1%) son "UCA no PP" (pacientes que, aunque no cumplen criterios de PP, tienen una acusada fragilidad clínica con altos requerimientos de cuidados similares a los PP), y el 27,4% restante están clasificados en otras categorías. El 32% son demencias vasculares, el 31,5% demencias tipo Alzheimer, el 26,5% demencias seniles involutivas, y el 10% restante otros tipos de demencias. Por sexos, en hombres predomina la demencia vascular (36%) y en mujeres ligeramente el Alzheimer (32%). Entre los 385 pacientes acumulan un total de 2.081 diagnósticos, lo que supone una media de 5,4 diagnósticos por paciente. Excluyendo los propios diagnósticos neurológicos, las patologías más frecuentes corresponden a la esfera cardiológica (24,8%) y endocrina, preferentemente diabetes (23,6%). El 35,8%

de los casos tienen colocada sonda nasogástrica o PEG para alimentación enteral. Otras circunstancias significativas son desnutrición y UPP, recogidos en el 15,8 y 14,3%, respectivamente. Generaron un total de 2.293 episodios asistenciales desglosados en: 353 altas médicas, 138 altas de enfermería, 561 consultas/unidad de día, 814 teléfonos, y 427 de otros tipos. La mortalidad anual fue del 30%.

**DISCUSIÓN:** La UCA es una sección de Medicina Interna del Área Valme que atiende a pacientes paliativos en sentido amplio (pluripatológicos, crónicos, frágiles), con una vocación de continuidad con atención primaria, y una serie de dispositivos asistenciales alternativos a la hospitalización clásica. Los enfermos con patología preponderantemente neurológica constituyen el grupo más numeroso (22,3%), y hasta el 14,5% de los pacientes que atendimos durante el año 2005 en nuestra Unidad estaban diagnosticados de algún tipo de demencia. Por la propia naturaleza paliativa de la Unidad se trata de pacientes generalmente con demencia avanzada, o al menos moderada, añosos, fuera ya de seguimiento y tratamientos específicos, que asocian comorbilidad significativa, y que tienen un alto requerimiento tanto de cuidados hospitalarios como domiciliarios. Esto lo demuestra el alto porcentaje de portadores de SNG o PEG, y también la alta mortalidad.

**CONCLUSIONES:** La demencia avanzada constituye una parte importante de los pacientes atendidos en una Unidad de Medicina Interna, y más aún si ésta tiene una vocación hacia la pluripatología y la paliación. Se trata de pacientes que requieren un enfoque y manejo distintos diferenciados respecto del de pacientes dementes menos evolucionados, y con muchas implicaciones bioéticas. Como consecuencia de estas observaciones, se ha planteado en nuestra unidad UCA la elaboración de protocolos para mejorar y homogeneizar la calidad de la atención de estos pacientes, siendo objeto este proyecto de una de las ponencias de la mesa "Demencia".

## G-01

# CONSULTA DE DIAGNÓSTICO RÁPIDO EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

E. Salamanca Rivera, R. Pérez Temprano, A. Leal Luna, R. Pérez Cano

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.*

**OBJETIVOS:** Análisis descriptivo del primer año de funcionamiento de la Consulta de Diagnóstico Rápido.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** En los últimos años, los cambios organizativos de la mayoría de los hospitales han ido dirigidos a agilizar y coordinar los distintos procedimientos diagnósticos, tanto en hospitalización, para reducir estancias medias, como en consultas externas, para evitar ingresos hospitalarios y disminuir esperas en pacientes pendientes de asistencia. En este sentido, han aparecido las Consultas de Alta Resolución o Unidades de Diagnóstico Rápido en diversos puntos de nuestra geografía. En noviembre de 2004 se propone el Proyecto de Creación de Consulta de Diagnóstico Rápido (CDR) en el Servicio de Medicina Interna (Prof. Pérez Cano) del Hospital Universitario Virgen Macarena de Sevilla, la cual se pone en marcha en enero de 2005. En primer lugar, se procede a dar a conocer, en el Servicio de Urgencias del Hospital, las Consultas Convencionales y los Centros de Salud del Área Hospitalaria, el perfil del paciente candidato a ser atendido en la CDR. La aceptación del paciente por parte de los facultativos responsables de la CDR se hace vía telefónica directamente con el médico remitente, asegurando la primera visita en no más de 48 horas, de acuerdo siempre con la disponibilidad del paciente. Paralelamente se consensua con otros servicios hospitalarios (Laboratorios, Radiodiagnóstico, Anatomía Patológica y Endoscopia, fundamentalmente) la gestión de demora de las Exploraciones Complementarias. Igualmente se asegura la continuidad asistencial, remitiendo al paciente, una vez diagnosticado, bien a su Médico de atención primaria, bien a la Especialidad pertinente. El paciente tipo es aquel con la sospecha de enfermedad potencialmente grave que requeriría ingreso hospitalario para estudio, pero que por su estado general permite la realización de éste en consultas con alta resolución diagnóstica. Durante 2005 fueron atendidos un total de 60 pacientes, un número que se prevé duplicar durante 2006 gracias a la divulgación y la buena aceptación de la consulta. Los resultados que a continuación se exponen son un análisis descriptivo de las

características de los pacientes vistos (procedencia, sexo, síntoma o signo guía, diagnósticos...).

**RESULTADOS:** Un 10% de los pacientes procedía de consultas convencionales, un 43% del Servicio de Urgencias y un 47% de atención primaria. El 68% fueron varones. La distribución por edades muestra dos picos de máxima frecuencia, uno entre 20-30 y otro entre 50-70, siendo la media de 55,19 años. Los síntomas o signos que motivaron la consulta con mayor frecuencia fueron el síndrome constitucional, dolor abdominal o torácico, disnea y fiebre. Con menor frecuencia la hemorragia digestiva baja, anemia, diarrea y adenopatías. En casos puntuales aparecen hemorragias digestivas altas, nódulo pulmonar, masa abdominal y cefalea. A menudo los pacientes presentan más de uno de los anteriores signos/síntomas de forma simultánea. La media de pruebas complementarias realizadas por paciente fue de 2,1 pruebas analíticas, 1,2 radiológicas, 0,6 citológicas y 0,3 endoscópicas. Un 35% de los diagnósticos fueron neoplasias, destacando las digestivas (fundamentalmente de colon), seguidas de las pulmonares y linfomas. Entre los diagnósticos no neoplásicos destacan las enfermedades digestivas, infecciosas y neurológicas. El destino al alta fue la Zona Básica de Salud en el 38% de los casos, seguida por el Servicio de Cirugía (20%), Oncología y Consultas de Medicina Interna (12% cada una) y otros menos frecuentes (Hematología, Digestivo, Respiratorio e Infeccioso).

**DISCUSIÓN:** La importancia de la CDR radica principalmente en el gran porcentaje de neoplasias entre los diagnósticos obtenidos. El hecho de concertar la fecha de la visita de acuerdo con el paciente y la realización de las pruebas complementarias en tan breve espacio de tiempo conlleva gran aceptación y satisfacción y favorece al mismo tiempo la rápida toma de decisiones, disminuyendo así la pérdida de un tiempo que puede ser esencial en muchos de los casos y de lo que va a depender la terapia y el pronóstico.

**CONCLUSIONES:** La CDR se consolida como una estrategia de gestión clínica con alto potencial en los Servicios de Medicina Interna.

G-02

CONSULTA DE ALTA PRECOZ. NUEVO ORGANIGRAMA ESTRUCTURAL DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA JUNTO A LAS CONSULTAS DE ALTA RESOLUCIÓN Y ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA

A. Benavente Fernández, M. Romero Jiménez, M. Pérez Ramos, Y. Abu el Wafa, P. Sosa, M. del Castillo Madrigal, J. Ramos-Clemente, A. Barrios Merino

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

**OBJETIVOS:** Exponer la puesta en marcha y desarrollo de una consulta de alta precoz y continuidad asistencial, así como los cambios organizativos y asistenciales que supone su aplicación, junto con las consultas de alta resolución y orientación diagnóstica, en nuestro Servicio de Medicina Interna.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio descriptivo longitudinal retrospectivo.

**RESULTADOS:** **ÁMBITO DE APLICACIÓN:** Enfocada para aquellos pacientes que: 1. Tras su evaluación inicial son ingresos innecesarios o inadecuados, cuyo estudio se puede canalizar por consultas. 2. Permanecen ingresados estables, en espera de pruebas complementarias que no van a modificar de una manera sustancial la actitud diagnóstica terapéutica, o ésta puede ser modificada por consultas. 3. Pacientes ingresados por un motivo, en los cuales se detectan otras alteraciones, no relacionadas con la causa del ingreso, y que pueden ser estudiados por consulta. 4. Continuación de estudios que pudieran ser prolongados y realizables por consultas externas. 5. Revisiones precoces de tratamientos instaurados en hospitalización. **CONTENIDO:** 5 pacientes nuevos remitidos desde primaria, vía DIRAYA; 3 pacientes de alta precoz, y seguimiento de pacientes ingresados en hospitalización convencional, desde las consultas de ODT, AR, y la propia CAP, en lo que supone el esbozo de la futura Unidad de Corta Estancia. Son estos dos últimos grupos de pacientes el objeto de análisis. **ACTIVIDAD ASISTENCIAL:** Periodo de análisis; 1/2/06 (puesta en marcha)-4/4/06. Total de días ofertados 32. N.º de pacientes asistidos en consulta; 32, y patologías derivadas (anemia, cirrosis, dolor torácico, enf. Crohn, FA, HDA, hepatitis, fibrosis pulmonar, incidentaloma SR, insuf. cardiaca, masa pulmonar, pericarditis, resultado DTSaO, sdr. constitucional, síncope, sintrom). N.º de pacientes asistidos en hospitalización: 24 (ETEV, sdr. constitucional, síncope, radiculopatía, interconsultas de traumatología). Cambio del modelo estructural del Servicio

de Medicina Interna. Impacto en la actividad y estancia media del servicio.

**DISCUSIÓN:** Continuando con la apuesta del Servicio de Medicina Interna por la renovación, actualización y desarrollo de nuevas soluciones de gestión asistencial, en base a la sobrecarga de los recursos habituales y las nuevas necesidades asistenciales, se crea la consulta de alta precoz. La Consulta de Orientación Diagnóstica y Terapéutica (CODT) cubre la necesidad asistencial entre primaria y hospital, la Consulta de Alta Resolución (CAR) cubre parte de la necesidad asistencial entre Urgencias y un Servicio de Medicina Interna. Queda, pues, una necesidad por cubrir o mejorar, la comunicación fluida y recíproca entre hospitalización y consultas de Medicina Interna, lo que permitiría una significativa descarga del volumen asistencial a nivel de hospitalización convencional, así como la optimización del recurso más caro y valioso, siempre sobrecargado, como es la hospitalización. Esta consulta, junto a las de ODT y AR, y en un futuro próximo, la Unidad de Corta Estancia, viene a completar todo un circuito asistencial continuado, completo y moderno, que abarca todas y cada una de las necesidades asistenciales que pueda precisar un paciente por parte de un Servicio de Medicina Interna de vanguardia.

**CONCLUSIONES:**

1. Reduce el número de ingresos innecesarios realizados desde urgencias.
2. Reduce las estancias medias, sin menoscabo de la calidad asistencial.
3. Disminuye la presión asistencial de los adjuntos dedicados a hospitalización.
4. Mantiene la continuidad asistencial, reduciendo el número de reingresos precoces.
5. Crea, junto a las consultas de orientación diagnóstica y consulta rápida de urgencias, un Servicio de Medicina Interna con un completo organigrama estructural, adaptado a las nuevas necesidades asistenciales.

## G-03

## LOS PLANES ASISTENCIALES COMPARTIDOS (PAC), LA COHORTE DE ENFERMOS POLIPATOLÓGICOS Y ANCIANOS FRÁGILES DE JAÉN, SEGÚN MODELO TIPO MEDICINA HORIZONTAL. SOBRE CASOS Y GESTIÓN

N. Marín Gámez<sup>(1)</sup>, M. Mateas Moreno<sup>(1)</sup>, A. Márquez García<sup>(1)</sup>, M. Requena Pou<sup>(1)</sup>, J. Trujillo Pérez<sup>(1)</sup>, D. Carrillo<sup>(1)</sup>, M. Godoy Chiclana<sup>(2)</sup> y Grupo Multidisciplinar

<sup>(1)</sup>Servicio de Medicina Interna; <sup>(2)</sup>DUE Enlace. Complejo Hospitalario Ciudad de Jaén-Comunidad. Jaén.

**OBJETIVOS:** Describimos los resultados de un nuevo programa concertado entre 27 profesionales pertenecientes a medicina hospitalaria y comunitaria sobre una cohorte clínica en marcha (enero de 2005-marzo de 2006). Evaluación secundaria de indicadores asistenciales del programa. Análisis de costes por intervención extra previa al alta.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio evaluativo, clínico y de gestión sobre una cohorte prospectiva y abierta: los primeros 803 casos de los primeros 14 meses (enero 05-marzo 06). Elegibles pacientes pluripatológicos –según criterio SAS– ingresados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Ciudad de Jaén. Se incluyeron los enfermos en los que se activaron medidas compartidas (PAC). Edad media 79, rango 41-95. Sexo: 53,57% hombres, 46,14% mujeres. Polipatología: media de 5,43 disfunciones orgánicas. Polifarmacia: 8,73 fármacos/enfermo. Un 38% sufrían deterioro cognitivo en grado variable (E. Pfeifer > 4). El 89% eran dependientes (I. Barthel < 60). Participantes: enfermos en quienes se activaron medidas compartidas (PAC). La decisión de activar un PAC partía del médic@ y/o enfermer@ responsable del paciente.

**RESULTADOS:** Balance acumulativo del programa PAC. Fueron planificadas 448 altas y en 403 casos se activó un PAC. El 76,67% de los casos lo fue a domicilio, con diferentes recursos de apoyo o red de garantía (309 DUE enlace, 144 trabajador social, 89 alguna intervención de rehabilitación). Muchos necesitaron 2 o más apoyos sociosanitarios. El 17,36% requirió algún tipo de convalencia en centro de media estancia. 17 pacientes (4,21%) ingresaron en residencia. Murieron 48 pacientes (10,7%), mortalidad algo menor que la mortalidad del Servicio. Reingresaron 37 pacientes (9,1%). Más del 96% de los familiares del programa mostraron satisfacción

con el mismo - modelo estructurado encuesta SAS. En la minoría de los casos, bien por decisión del paciente, bien por la del familiar, o el propio facultativo responsable, no se activó PAC alguno, y siguieron una continuidad estándar. La decisión de activar un PAC partía del enfermer@ y/o médic@ responsable, y supuso un coste adicional a la Unidad de Gestión de 34 €/caso.

**DISCUSIÓN:** Los frecuentes ingresos hospitalarios, la demanda de diferentes consultas, el efecto sobre los cuidadores, los escasos recursos familiares, la discapacidad o la institucionalización, son efectos comunes entre muchos de los pacientes que atendemos. Es una población cada vez más longeva, con enfermedades avanzadas y escasa reserva, en los cuales los objetivos rara vez son curativos. Más a menudo han de centrarse en mejorar la calidad de vida y aliviar el sufrimiento humano, paliar síntomas, rehabilitar la capacidad de autonomía aún disponible y apoyar a las familias y cuidadores. Una estrategia de medicina horizontal o compartida, con activación de intervenciones transdisciplinares, planificación tempestiva del alta, y garantía de continuidad asistencial, tal vez sea una respuesta adecuada.

**CONCLUSIONES:** • Actualmente, las características de algunos pacientes imponen objetivos más paliativos y rehabilitadores de la autonomía residual que curativos. • PAC como posible garantía de continuidad y respuesta adecuada. Una estrategia de medicina horizontal, con activación de intervenciones transdisciplinares. • En esta cohorte observamos una relativa baja tasa de letalidad bruta, escaso porcentaje de ingresos en residencias, porcentaje controlado de reingresos, así como un elevado nivel de satisfacción. • El coste adicional de esta intervención es probablemente bajo. Objetivamos, además, una disminución de la estancia media en casi 3 puntos.

## G-04

# ACTIVIDAD DEL INTERNISTA EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS DE ALTA RESOLUCIÓN (CHARE)

J. Salas Coronas, G. Cruz Caparrós, E. Milla Sánchez, E. Amat Berenguel, R. Cotos Canca, J. Fernández Peláez, A. Lozano Serrano, E. Sánchez Martín

Servicio de Medicina Interna. EP Hospital de Poniente. El Ejido (Almería).

**OBJETIVOS:** Estudiar la actividad de los especialistas en Medicina Interna en las consultas externas de un Centro Hospitalario de Alta Resolución (CHARE)

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Hemos analizado a los pacientes que acudieron como primeras visitas a la consulta de Medicina Interna (MI), procedentes de atención primaria (AP) o como interconsultas, durante el periodo comprendido entre el 1 de septiembre de 2005 y el 31 de enero de 2006.

**RESULTADOS:** Durante el periodo estudiado hemos atendido a 145 pacientes en primera visita. 80 fueron procedentes de AP y el resto, 65 (45%), se atendieron como interconsultas procedentes de otras consultas de especialidades y Urgencias. La distribución por sexos y edad fue la siguiente: 86 mujeres (59%), con una edad media de 56 años; 59 hombres (41%), con 54 años de edad media. Del total de pacientes, en 114 (78,6%) se realizó acto único (el paciente sale de la consulta con un diagnóstico y una propuesta terapéutica), y en 45 (31%) se realizó alguna exploración diagnóstica que contribuyó al acto único. De forma global, fueron dados de alta 81 pacientes en la primera visita, lo que supone un 56% del total de las mismas. Por grupos de patología, las consultas más frecuentes fueron las neurológicas (26%), endocrino-metabólicas (20%), reumatológicas (18%), estudio de

síndrome constitucional/masas/adenopatías (10%), cardiovasculares (7%), infecciosas (6%), y en menor medida patología digestiva, respiratoria, hematológica, renal o pacientes pluripatológicos. Entre las categorías más frecuentes, los pacientes neurológicos se atendieron en régimen de acto único en 32 casos (84%). El 66% de los mismos fue dado de alta tras la primera visita. Los pacientes con patología endocrino-metabólica (96%), reumatológica (73%), infecciosa (78%), cardiovascular (60%) y respiratoria (100%) también se beneficiaron de altas tasas de acto único. La solicitud de exploraciones diagnósticas en alta resolución fue realizada fundamentalmente en pacientes con patología neurológica (29%), endocrino-metabólica (31%), reumatológica (27%), cardiovascular (30%) y respiratoria (100%). Las patologías que menos se beneficiaron de la alta resolución fueron la infecciosa (11%) y el estudio de pacientes con cuadro constitucional/masas/adenopatías (20%). 9 pacientes (6%) fueron derivados a otras especialidades o centros hospitalarios para seguimiento.

**CONCLUSIONES:** La consulta de Medicina Interna tiene en los CHARE una alta capacidad de resolución. La diversidad de patologías atendidas mantiene a la especialidad como referente e interconsultor de muchos facultativos de atención primaria y otras especialidades médicas.

## G-05

# ANÁLISIS DE LOS PACIENTES CON LARGAS ESTANCIAS ('OUTLIERS') EN UN HOSPITAL COMARCAL

J. Salas Coronas<sup>(1)</sup>, M. Lea Pereira<sup>(1)</sup>, A. Rodríguez Rodríguez<sup>(2)</sup>, J. Puerta López<sup>(3)</sup>, R. Cotos Canca<sup>(1)</sup>, J. Muñoz Alonso<sup>(1)</sup>, F. Rivera Cívico<sup>(1)</sup>, J. Muñoz López<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>(2)</sup>Servicio de Documentación, <sup>(3)</sup>Unidad de Informática. EP Hospital de Poniente. El Ejido (Almería).

**OBJETIVOS:** Estudiar el perfil de pacientes ingresados en el Área de Medicina que generan largas estancias en función del GRD al que son asignados.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Análisis de los pacientes *outliers* por el límite superior durante los primeros 9 meses del año 2005 que estuvieron ingresados en el área de hos-

pitalización de Medicina. La información se obtuvo a partir de los datos obtenidos por el Servicio de Documentación del CMBDA de cada paciente y posterior auditoría de las historias clínicas.

**RESULTADOS:** Sobre un total de 2.732 ingresos, 132 pacientes (4,83%) fueron considerados *outliers* tras el aná-

lisis de los puntos de corte GRD. Los 132 pacientes se distribuyen en 56 GRD diferentes, lo que supone una gran dispersión. Sólo 7 GRD incluyen 4 o más pacientes (total: 66 pacientes). El GRD más frecuente es el 541 (EPOC con complicaciones mayores) (n = 27), con una estancia media (EM) de 41,96 días y un 37% de exitus (n = 10). Le siguen en frecuencia los GRD 542 (n = 13) y 540 (n = 7) (GRD también respiratorios), con EM de 56,7 y 25,4 días, respectivamente. Entre los 3 representan el 35% del total de los *outliers*. Los 4 restantes GRD en frecuencia son el 206 (trastornos hepáticos), con 7 pacientes (EM: 12,43 días); el 127 (ICC y shock), con 4 pacientes (EM: 25,7 días); el 544 (ICC y arritmias con complicaciones mayores), con 4 pacientes (EM: 29,5 días); y el 584 (septicemia con complicaciones), con 4 pacientes y EM de 55,75 días. En los

GRD respiratorios, el 61,7% de los pacientes desarrollaron alguna infección nosocomial durante el ingreso, siendo en la mayoría de los casos este hecho determinante para la prolongación de la estancia hospitalaria. La edad media de estos pacientes es de 75 años, 10 años superior a la edad media de los pacientes ingresados en el Área de Medicina. Por último, la mortalidad global de estos 7 GRD es del 30,3%, oscilando entre el 0% de los pacientes incluidos en el GRD 206 y el 50% del 544.

**CONCLUSIONES:** Los pacientes con patología respiratoria crónica son los que tienen un mayor riesgo de tener estancias prolongadas, fundamentalmente aquellos cuyo perfil es el de pacientes con edad superior a 75 años, con alto riesgo para la adquisición de infecciones nosocomiales, y con una elevada mortalidad esperada.

## G-06

### LA VALORACIÓN DIARIA DE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS CORRIGE EL CONOCIDO EXCESO DE MORTALIDAD DE LOS FINES DE SEMANA

J. Zambrana García<sup>(1)</sup>, C. García Cortés<sup>(2)</sup>, M. Adarraga Cansino<sup>(1)</sup>, A. Montijano Cabrera<sup>(1)</sup>, M. Velasco Malagón<sup>(1)</sup>, F. Gavilán Guirao<sup>(1)</sup>, L. Martínez Luque<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Área de Medicina; <sup>(2)</sup>Área de Sistemas de Información.  
Hospital de Montilla. Montilla (Córdoba).

**OBJETIVOS:** Distintos estudios han puesto de manifiesto que la mortalidad de los pacientes ingresados en fines de semana es superior a la de quienes ingresan durante los días laborables. El objetivo de nuestro estudio es conocer si la valoración diaria de pacientes hospitalizados puede ser un elemento corrector de ese exceso de mortalidad.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Incluimos todos los ingresos urgentes existentes en el Hospital de Andújar durante los años 2002-2005, excluyendo los realizados en intensivos y partos. Analizamos la edad, sexo, mortalidad bruta, mortalidad prematura (entendida como la producida en las primeras 48 horas del ingreso) y la complejidad mediante peso GRD. Comparamos estas variables diferenciando los ingresos producidos en fines de semana (viernes a domingo, FS) frente a los producidos durante el resto de días de la semana (lunes a jueves, NFS).

**RESULTADOS:** Se produjeron 14.305 ingresos durante el periodo analizado, correspondiendo un 57% a mujeres y siendo la edad media de 46,7 (28) años. Un 60,5% de

los ingresos (8.656 pacientes) ingresaron en día laborable. Durante el ingreso fallecieron 648 pacientes (4,5%), siendo la mortalidad prematura del 1,4%. La edad y el peso medio del GRD se asociaron a mayor riesgo de mortalidad. Al analizar la influencia del día del ingreso observamos la inexistencia de diferencias significativas ni en la mortalidad global (FS: 4,4%, NFS: 4,6%, NS) ni en la mortalidad prematura (FS: 30,1%, NFS: 31,3%, NS).

**DISCUSIÓN:** Nuestro estudio demuestra que el exceso de mortalidad en fines de semana en los hospitales no parece relacionarse con la gravedad de los pacientes, sino con la reducción de la intensidad de los cuidados durante los días festivos. Los diferentes estudios existentes ponen de manifiesto bien un exceso de mortalidad en las primeras 48 horas, o bien un exceso en torno al 5% en la mortalidad global de aquellos pacientes que ingresan en fines de semana.

**CONCLUSIONES:** La valoración diaria de los pacientes hospitalizados corrige el exceso de mortalidad descrito durante los fines de semana.

G-07

NUESTRA EXPERIENCIA EN UN NUEVO MODELO  
DE ACCESO DE PACIENTES A UN HOSPITAL  
DE MEDIA-LARGA ESTANCIA

A. Clavo Sánchez<sup>(1)</sup>, A. Ron Ribera<sup>(2)</sup>, A. Salcini Macías<sup>(3)</sup>, P. Fernández García<sup>(4)</sup>,  
F. Guerra Arévalo<sup>(1)</sup>, I. Reyes Ruiz<sup>(5)</sup>, M. Rodríguez Bouza<sup>(6)</sup>, O. Pérez Santos<sup>(7)</sup>,

<sup>(1)</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>(2)</sup>Atención al Usuario. Hospital Juan Grande. Jerez de la Frontera (Cádiz).  
<sup>(3)</sup>Jefe de Servicio de Planificación y Calidad Asistencial, <sup>(4)</sup>Unidad de Gestión Provincial. Delegación Provincial  
de Salud. Cádiz. <sup>(5)</sup>DCCU, <sup>(6)</sup>EPES-061, <sup>(7)</sup>Enfermería de Enlace Comunitaria.  
Distrito Jerez Costa-Noroeste. Jerez de la Frontera (Cádiz).

**OBJETIVOS:** Evitar a los pacientes más frágiles el paso por otros centros hospitalarios antes de ser trasladados al Hospital Juan Grande (HJG), mediante ingresos/consultas programadas, y asegurar la continuidad asistencial de todos estos pacientes, entre atención primaria y Atención Especializada-HJG.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** El HJG es hospital concertado perteneciente a la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios que realiza una hospitalización médica de media-larga estancia, con un flujo de entrada de pacientes determinado por los traslados realizados desde Urgencias del Hospital SAS de Jerez y desde la hospitalización médica de cualquiera de los demás hospitales del SSPA de la provincia. Se establece a través de la coordinación por parte de la Delegación Provincial de Salud un programa de trabajo con los pacientes del HJG. En un primer paso se identificaron aquellos pacientes con más de 3 ingresos hospitalarios en los 12 meses previos y posteriormente se amplió el criterio de inclusión al incorporar a aquellos pacientes con características clínicas similares con dos ingresos previos. Se realizaron varias reuniones de trabajo con representantes de atención primaria (Enfermería Comunitaria de Enlace, Médicos de Familia), de los DCCU, de la EPES-061, Hospital SAS de Jerez, Enfermería de Enlace Hospitalaria, del Hospital Juan Grande y de la Delegación Provincial de Salud, para definir los flujos de entrada de los usuarios en el programa. Finalmente, se procedió a la difusión del procedimiento en atención primaria y en los Hospitales SAS y Juan Grande. Se recogen los resultados obtenidos entre el 23 de mayo de 2005 y el 15 de marzo de 2006.

**RESULTADOS:** En el periodo de estudio se han incluido un total de 219 casos que corresponden a 168 pacientes, de los

que un 43,38% ya estaban identificados previamente como multiingresadores. La edad media de los pacientes fue de 79,98 años, siendo el 58,90% varones. Según el protocolo de trabajo acordado, se estableció contacto con el centro previo a la llegada del paciente en el 89,95% de los casos, siendo lo más frecuente a través de la coordinadora-061 (37,5%). El transporte sanitario fue realizado mediante ambulancia convencional en el 57,53%, DCCU en el 19,63% y EPES-061 en el 7,31%. De los 219 casos atendidos, 208 (95,43%) precisaron ingreso y 10 fueron dados de alta para su seguimiento por atención primaria tras ser valorados. Los motivos más frecuentes de contacto fueron: infección respiratoria-neumonía (13,70%), deterioro general (13,24%), insuficiencia cardiaca (10,96%), insuficiencia respiratoria (10,51%), fiebre (8,22%), úlceras de decúbito (7,31%) e ictus (5,02%). Solamente dos pacientes fueron derivados por motivos estrictamente sociales (0,91%). La estancia media fue de 16,19 días (estancia máxima: 108 días en un caso), siendo inferior a la estancia media del servicio de Medicina Interna (17,51 días). El 85% de los casos tenían algún tipo de problema social asociado según la escala de Gijón (riesgo de problema social: 45%, y problema social establecido: 40%).

**DISCUSIÓN:** En los resultados obtenidos no se recoge el grado de satisfacción de usuarios y profesionales a este modelo, siendo necesario realizar en una segunda fase encuestas de satisfacción validadas a ambos colectivos.

**CONCLUSIONES:** El programa definido mejora las relaciones internivel de los profesionales, facilita la accesibilidad del paciente al centro, disminuye los tiempos de espera y la estancia media como consecuencia de la actitud proactiva de los profesionales.

## G-08

## ANÁLISIS DE LA ADECUACIÓN DE LAS ESTANCIAS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA MEDIANTE EL INSTRUMENTO ADEQHOS

J. García Mata, N. Lara Sires, M. Camacho Fernández, R. Fernández Ojeda,  
B. Escolano Fernández, M. Merino Rumín, E. Peral Gutiérrez de Cevallos, A. Millán Rodríguez

Servicio de Medicina Interna A.  
Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

**OBJETIVOS:** Evaluar el porcentaje de estancias inadecuadas a través de un instrumento (AdeQhos) propuesto por Antón P *et al.* (Rev Calidad Asistencial 2002; 17 (8): 591-9), elaborado a partir del Appropriateness Evaluation Protocol (EAP) y del Oxford Bed Study Instrument (OBSI), originalmente en castellano, muy sencillo, que se aplica de forma concurrente por los propios médicos responsables del paciente y permite incluir un criterio subjetivo de adecuación de la estancia. Creemos que estudios como el nuestro ayudarán a diseminar el instrumento, e incitan a la participación de los profesionales en la evaluación de la calidad asistencial y en la mejora continúa, reduciendo la inadecuación.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Durante 14 días consecutivos (del 8 al 21 de marzo de 2006) se ha aplicado, por todos los profesionales del servicio que tuvieran camas de hospitalización a su cargo, el cuestionario AdeQhos a la totalidad de las estancias asignadas a nuestra unidad, siguiendo las instrucciones de uso referidas por los autores. Los datos se han transferido a una hoja de cálculo Excel, con celdas predeterminadas para evitar errores o valores extraños, y han sido analizados de forma descriptiva con el programa SPSS Windows 8.0.

**RESULTADOS:** Se han evaluado un total de 846 estancias, excluyéndose 117 (el 13,8%) por motivos recogidos en las instrucciones (cama vacía, alta o ingreso). De las 729 estancias finalmente analizadas han sido "adecuadas" el 83,5% y se han considerado "no adecuadas" 120 estancias (el 16,5%). En cuanto a criterios de adecuación, éstos eran objetivos en 498 estancias (el 68,31% de las evaluables), siendo los más frecuentemente recogidos los de "necesidad de tratamiento" (417) o de "cuidados y controles de enfermería" (135). Por otra parte, el criterio de adecuación de la estancia fue exclusivamente subjetivo, establecido por su médico, en 111

estancias (el 15,2% de las evaluables). De las estancias inadecuadas, la mayoría se argumentó en relación con problemas de programación de pruebas diagnósticas (78), a falta de cuidados alternativos (18) o a problemas de programación quirúrgica (17).

**DISCUSIÓN:** Aunque originalmente diseñado para evaluar la adecuación de estancias quirúrgicas, el instrumento AdeQhos puede emplearse también en servicios médicos, aunque es probable que infraestime la inadecuación cuando también se consideran los juicios subjetivos de los facultativos. Pensamos que es útil por su facilidad y rapidez de administración, la sencillez de los criterios objetivos y la aplicación concurrente, aunque habrá que validarlo con instrumentos más consolidados, como el AEP. El porcentaje de inadecuación encontrado (16,46%) –aun asumiendo que hay, además, un 15,23% de "estancias adecuadas sólo por indicación de los clínicos"–, permite establecer un margen de mejora en nuestra utilización de estancias (IUE), a pesar de que nuestros últimos datos en este indicador institucional, basado en los GRD, se encuentran próximos al aceptable límite de la unidad (1,06).

### CONCLUSIONES:

1. El cuestionario AdeQhos es fácil de administrar y podría convertirse en un instrumento de rutina para la evaluación concurrente de la adecuación/inadecuación de las estancias hospitalarias en los servicios de Medicina Interna.
2. La cifra de inadecuación detectada (16,5%) es similar a la comunicada en otros estudios.
3. El instrumento detecta un importante (15,2%) porcentaje de adecuación exclusivamente por criterios subjetivos de los clínicos responsables del paciente, por lo que puede infraestimar la tasa global de inadecuación.

## G-09

## ¿QUÉ ACTIVIDAD ASISTENCIAL BÁSICA DESARROLLA UNA UNIDAD CLÍNICA DE GESTIÓN DE HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA Y CUIDADOS PALIATIVOS (UHDCP)?

J. Pérez de León Serrano<sup>(1)</sup>, L. Fernández Rendón<sup>(1)</sup>, S. Alegre Herrera<sup>(1)</sup>, P. Retamar Gentil<sup>(2)</sup>, M. Rey Rodríguez<sup>(2)</sup>, J. Reveriego Blanes<sup>(2)</sup>, J. Royo Aguado<sup>(1)</sup>, M. Aguayo Canela<sup>(2)</sup>

<sup>(1)</sup>Unidad de Hospitalización Domiciliaria y Cuidados Paliativos; <sup>(2)</sup>Servicio de Medicina Interna A. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

**OBJETIVOS:** Describir la actividad asistencial de la UHDCP, a lo largo del primer trienio (2003-2005) funcionando como Unidad de Gestión Clínica, y aportar información para la planificación sanitaria de una población cada vez con mayor número de procesos crónicos y una demanda creciente de más y mejor atención especializada.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Explotación de la base de datos de la UHDCP, diseñada para registrar diariamente la actividad desarrollada por los cuatro equipos (cada uno con un médico y una enfermera), en horario de 8 a 15 horas de lunes a viernes. Se han seleccionado los indicadores de actividad asistencial más relevantes.

**RESULTADOS:** Se resumen en la Tabla adjunta.

**DISCUSIÓN:** Del progresivo aumento de pacientes ingresados en la UHDCP destacan los del “área rural”, por el compromiso de la Unidad por atender cada vez más los pacientes del Área Hospitalaria alejados geográficamente del hospital y garantizar el acceso a los recursos sanitarios por toda la población. En esta misión es imprescindible señalar la coordinación con atención primaria, para que el seguimiento conjunto de los pacientes se realice desde el inicio del ingreso en nuestra Unidad. La reducción del número de visitas y llamadas telefónicas en el año 2005 se puede justificar tanto por el establecimiento del PAC (Plan de Asistencia Compartida) como por

disminución de recursos humanos en ciertos periodos de este año. Es de destacar la importancia de las “gestiones realizadas” en general (incluyen transfusiones de sangre, realización de técnicas invasivas en hospital de día, entrevista familiar, atención al duelo, etc.), así como la atención telefónica. Estas acciones se insinúan como claras alternativas a la hospitalización y consultas hospitalarias convencionales.

**CONCLUSIONES:** Las Unidades de Gestión Clínica suponen una novedosa fórmula de organización funcional en el SAS, vertebradas sobre el papel central del usuario-paciente, la continuidad asistencial, la participación de los profesionales y la mejora continua. Incluida en un Servicio de Medicina Interna de un hospital de grupo I, la UHDCP desarrolla una importante labor asistencial (similar –en volumen de pacientes atendidos– a la de servicios hospitalarios con mayores recursos humanos) y da soporte en domicilio al proceso “cuidados paliativos”, gracias a una estrecha colaboración con los equipos de atención primaria y el uso complementario de la comunicación telefónica y el hospital de día. Pensamos que es posible mejorar el servicio estabilizando los recursos humanos a lo largo de todo el año, ampliando los horarios de atención, asumiendo un número de camas de cuidados paliativos en el hospital, formando y apoyando a los cuidadores y potenciando la enfermería de enlace.

Actividad resumen de la UHDCP, por años			
PRINCIPALES ÍNDICES	2003	2004	2005
N.º total de enfermos ingresados	1.078	1.434	1.497
N.º de ingresados en área rural	122	270	315
Media de visitas médicas por ingreso	2,68	2,89	2,18
Media de visitas enfermeras por ingreso	2,22	2,54	2,05
N.º de gestiones realizadas	151	466	355
N.º de llamadas telefónicas	899	2.233	1.622

## G-10

## EL 'TOP TEN' DE MEDICINA INTERNA

M. Manjón<sup>(1)</sup>, M. Almenara<sup>(1)</sup>, F. Jódar<sup>(1)</sup>, V. Navarro<sup>(1)</sup>, A. Márquez<sup>(1)</sup>, M. Mateas<sup>(1)</sup>, M. Linares<sup>(2)</sup>, N. Marín<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>(2)</sup>Archivo y Documentación.  
Complejo Hospitalario Ciudad de Jaén.

**OBJETIVOS:** Análisis de la casuística y funcionamiento de un Servicio de Medicina Interna a partir de su "producción" GRD. Los GRD necesitan del clínico.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio de evaluación de resultados en salud. El universo fue de 3.379 episodios de hospitalización. La muestra fue de 1.174 informes de alta codificados. Diseño prospectivo a un año. Estadística descriptiva.

**RESULTADOS:** Peso del servicio: 1,7224. De cada 100 pacientes que atiende cada médico en nuestro servicio las cosas son así: • El 33,35% patología pulmonar (IRCA, que no EPOC, sobre todo). • El 15% patología cardiaca (ICC cc, es decir, HARIHH, BAV, FA, PM, etc.). • El 9% enf. vasculares, incluidos ictus y TVP. • El 7% infecciones no VIH ("salen" pocas sepsis). • El 4,35% infecciones VIH (menos de la mitad con diagnóstico relacionado significativo, que aumenta el "peso" casi 6 veces). • El 2,83% neoplasias. • El 2,49% pacientes quirúrgicos y de COT "transferidos" lo que refleja algo de Medicina Perioperatoria. • El 1,8% enf.

renales (incluido IRCt) y urológicas. • El 1,3% enf. tipo conectivopatías. El resto es una miscelánea casi inclasificable (la polivalencia del internista, será). Hay un porcentaje poco relevante de casos sin CMBD, concretamente el 0,94% (el indeseado GRD 470, lastre, estéril, o "no agrupable", o no documentado, con peso nulo 0,0000).

**CONCLUSIONES:** El 77,7% de nuestro esfuerzo se concentra en las categorías referidas. En esa categorías es donde debemos concentrar nuestro esfuerzo diagnóstico y terapéutico. La patología más prevalente de nuestro medio es la relacionada con el sistema respiratorio, seguida de la patología cardiaca (ICC sobre todo). El tercer puesto se lo adjudicamos a los trastornos vaculares (incluidos ictus y TVP); mientras que en cuarto lugar encontramos las infecciones no VIH. Las enfermedades menos prevalentes (dejando aparte la miscelánea inclasificable del décimo lugar) son las conectivopatías y enfermedades renales (incluido IRCt) y urológicas.

## G-11

## GRD QUIRÚRGICOS EN MEDICINA INTERNA: HACIA LA IDENTIFICACIÓN DE LA PRODUCCIÓN HOSPITALARIA DE LOS INTERNISTAS EN LOS SERVICIOS QUIRÚRGICOS

F. Díez<sup>(1)</sup>, C. Gamero<sup>(2)</sup>, A. Collado<sup>(1)</sup>, A. Barnosi<sup>(1)</sup>, H. Kessel<sup>(1)</sup>, B. Cervantes<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Servicio de Medicina Interna; <sup>(2)</sup>Documentación Clínica.  
Hospital Torrecárdenas. Almería.

**OBJETIVOS:** Objetivar la producción de GRD quirúrgicos en un Servicio de Medicina Interna (MI) tras un programa de colaboración con varios servicios quirúrgicos de un hospital de nivel II.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio de la producción de GRD quirúrgicos en un Servicio de Medicina Interna de un servicio tras un programa de intervención estructurada en los Servicios de Traumatología, Cirugía Vasculard y Cirugía General de un año de duración. Se valoraron los GRD quirúrgicos más frecuentes. Su clasificación por categorías diagnósticas mayores (CDM); los servicios quirúrgicos de procedencia, las estancias totales consumidas; la estancia medida por GDR, el peso relativo de dichos GRD y porcen-

taje que suponen en la producción hospitalaria medida por puntos GRD. Las diferentes variables se analizaron con el programa SSPS 11.5 para Windows. El nivel de significación estadística fue del 5%.

**RESULTADOS:** En el año 2005 se codificaron 1.779 altas en el Servicio de MI por el sistema de GRD. Setenta y siete de estas altas (4,3% del total) se codificaron como GRD quirúrgicos, que juntos supondrían el 4.º GRD en frecuencia absoluta de la producción de MI y representan el 1,17% de las altas quirúrgicas del hospital. La estancias totales consumidas por estos GRD quirúrgicos fueron 2.147, que representan el 10,28% de todas las estancias de MI; y la EM por GRD fue de 27,88 días (EM por GRD de MI: 11,74;

Producción de GRD quirúrgicos							
N.º	GRD	Descripción	N	%	EM	CDM	Peso
01	550	OTROS PROC VASCULARES CON CC	8	0,45	24,88	5	5
02	477	PROC QUIRUR NO RELAC CON DIAG PRINCIPAL	7	0,3	25,14	Pre-CDM	1,60
03	558	PROC MUSC-ESQ MAY EXC ART. BIL MULT CON CC	6	0,3	37,67	8	6,80
04	76	OTROS PROC. QUIRUR DE AP RESPIRATO CON C	4	0,22	8,25	4	2,88
05	468	PROC QUIR EXTEN SIN REL CON DIAG PRINCIPAL	3	0,17	19	Pre-CDM	4,06
06	483	TRAQUEOSTOMIA, EX TRAST LARINGE/FARINGE	3	0,17	69	Pre-CDM	23,63
07	553	PROC AP DIGEST EX HERNIA Y PROC MAYOR GASTRICO/INTEST CON CC MAYOR	3	0,17	38,33	6	4,50
08	564	PROC SOBRE PIEL Y MAMA CON CC MAYOR	3	0,17	43	9	4,97
09	581	PROC INFECC Y PARAS SISTEM CON CC MAYOR	3	0,17	72	18	7,08
10	236	FRACTURAS DE CADERA Y PELVIS	2	0,11	12,5	8	1,58

$p < 0,01$ ). El peso relativo de los GRD quirúrgicos fue de 4,86, significativamente superior al peso medio de MI (2,13;  $p < 0,001$ ) y supusieron un total de 374,22 puntos GRD (9,87% de toda la producción de GRD de MI. Las CDM a las que pertenecen estos GRD fueron la CDM 8 (enferm. del sistema músculo-esquelético y tejido conectivo): 15 altas; la CDM 5: enferm. del sistema circulatorio: 12 altas, y la precategoría diagnóstica mayor: 13 altas. Los servicios que realizaron el procedimiento quirúrgico (diagnóstico princi-

pal) fueron con mayor frecuencia: Cirugía General: 24 altas; Traumatología: 15 altas, y Cirugía Vascular: 13 altas, donde se desarrolló el programa de colaboración.

**CONCLUSIONES:** La colaboración estructurada de internistas en servicios quirúrgicos enriquece la producción hospitalaria de MI medida por GRD. Los GRD generados son de alta complejidad y estancia media prolongada y representan ya cerca del 10% de la producción hospitalaria de MI medida por este sistema.

## G-12

### REAGUDIZACIÓN DE EPOC. INTERNISTAS FRENTE A NEUMÓLOGOS

**A. Ruiz Cantero, M. Godoy Guerrero, M. Maíz Jiménez, V. Vega Blanco,  
A. Lara Fernández, M. Grana Costa, A. Muñoz Morente, R. Mata Aparicio**

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

**OBJETIVOS:** Comparar la atención prestada de internistas frente a neumólogos, a pacientes hospitalizados con diagnóstico principal al alta de reagudización de EPOC.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Se analizan los pacientes dados de alta con diagnóstico principal de reagudización de EPOC durante el año 2005. Variables de estudio: edad, sexo, estancia media, número de ingresos durante el año, reingreso (mismo motivo y menos de 30 días), exitus, comorbilidad (índice de Charlson), medicación al alta con corticoides, broncodilatadores, oxigenoterapia domiciliaria, ventilación no invasiva y recomendación de abandono del hábito tabáquico. Se realizan cálculo de medias, medianas, porcentajes y comparación de proporciones por ji al cuadrado.

**RESULTADOS:** El total de casos con diagnóstico principal al alta de reagudización de EPOC fue de 91. Edad media

71,41, con mediana de 74 años. Sexo: 4 mujeres (4,4%) y 87 varones (95,6%). Exitus, 15 (16,5%), con edad media de 77,6. Ingresan en el año más de una vez, 8 (8,8%) y reingresan 4 (4,4%). Índice de Charlson, mediana 5 (1-12), y en los que fallecieron, 6. Los pacientes atendidos por neumólogo, 55 (60,4%), con edad media de 71,85; estancia media de 8,80; índice de Charlson con mediana de 5; fallecidos 8 (14,5%). Son dados de alta 47 pacientes, a los que se les prescribe corticoides orales a 40 (85,1%); mediana de broncodilatadores 2; oxígeno domiciliario a 27 (57,4%) y ventilación no invasiva a 7 (14,9%); indicación de no fumar al 88,9%. Los internistas atienden a 36 pacientes (39,6%), con edad media de 70,72; estancia media 10,33; índice de Charlson con mediana de 6; fallecidos 7 (19,4%). Son dados de alta 29 pacientes, con prescripción de esteroides orales en 15 (51,7%); mediana

de broncodilatadores 2; oxígeno domiciliario en 9 (31%) y ventilación no invasiva a 1 (3,4%); indicación de no fumar al 75%. No existen diferencias en cuanto a la prescripción de broncodilatadores, y tampoco estadísticamente significativas en relación con exitus ( $p = 0,537$ ), ventilación invasiva ( $p = 0,232$ ) y abandono del hábito tabáquico ( $p = 0,777$ ) y sí en la prescripción de corticoides orales ( $p = 0,001$ ) y oxigenoterapia domiciliaria ( $p = 0,025$ ).

**DISCUSIÓN:** En los hospitales comarcales la Neumología se encuentra integrada en el Servicio de Medicina Interna; de ahí el hecho de poder comparar la atención de los distintos especialistas frente a una enfermedad como la EPOC. Si bien el número

de casos no es amplio, ayuda a matizar ciertos aspectos sobre la atención a dichos pacientes. Acontece determinantemente en varones, la mediana de edad es de 72 años. Vuelven a ingresar en el mismo año el 13%. La mediana del índice de Charlson es de 5. Los fallecidos corresponden al 16,5%, tienen mayor edad media y superior comorbilidad. Los pacientes atendidos por internistas tienen aproximadamente la misma edad media, mayor comorbilidad, superior estancia media y se les prescriben al alta menos esteroides y oxígeno domiciliario.

**CONCLUSIONES:** Los internistas debemos mejorar en el manejo del paciente con reagudización de EPOC y en las recomendaciones facilitadas en el informe de alta.

## G-14

# UNA APROXIMACIÓN AL 'CASE-MIX' DE UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA Y CUIDADOS PALIATIVOS (UHDCP)

J. Pérez de León Serrano<sup>(1)</sup>, S. Alegre Herrera<sup>(1)</sup>, L. Fernández Rendón<sup>(1)</sup>, A. Valiente Méndez<sup>(2)</sup>, A. Prados Gallardo<sup>(2)</sup>, V. Morales Caballero de León<sup>(2)</sup>, J. Royo Aguado<sup>(1)</sup>, M. Aguayo Canela<sup>(2)</sup>

<sup>(1)</sup>Unidad de Hospitalización Domiciliaria y Cuidados Paliativos. <sup>(2)</sup>Medicina Interna A. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

**OBJETIVOS:** Las unidades de hospitalización domiciliaria no disponen de un sistema de clasificación de pacientes, y los GRD (ampliamente usados en unidades de hospitalización convencional de enfermos agudos) no valoran bien su casuística. Por ello, se pretende describir el perfil de pacientes atendidos por la UHDCP, plantear un sistema sencillo de

zada sin tratamiento activo, con escaso nivel de complejidad y poco sintomáticos); y 5. "Terminales" (enfermedad oncológica avanzada con síntomas permanentes y presencia implícita de un desenlace próximo). La Unidad registra diariamente toda su actividad asistencial en una base de datos propia. Se analizan los datos del periodo 2003-2005.

Principales indicadores de actividad por las cinco tipologías principales establecidas (periodo 2003-2005)					
	AGUDOS	CRÓNICOS	CRÓN. ONCOL.	QUIRÚRG.	TERMINALES
N.º de ingresos	236	1.382	412	459	1.516
Estancia media (días)	14,62	9,53	17,33	23,14	30,55
Edad media (años)	68,45	74,33	75,49	57,68	70,32
Promedio de visitas médicas	1,89	1,61	2,23	1,12	4,18
Promedio de visitas DUE	2,34	1,00	2,01	5,98	2,39
Promedio de controles telefónicos	0,29	0,40	1,08	0,09	2,48

categorización y evaluar las cargas asistenciales que cada tipo de perfil supone.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Mediante consenso, se han clasificado los pacientes atendidos por la Unidad en cinco grandes categorías: 1. "Agudos" (proceso agudo severo o descompensación puntual de un proceso crónico). 2. "Crónicos" (procesos cronicados o pluripatológicos con síntomas clínicos permanentes). 3. "Quirúrgicos" (heridas complicadas o con alto riesgo). 4. "Crónicos oncológicos" (enfermedad oncológica avan-

**RESULTADOS:** En el periodo analizado se han atendido por la UHDCP un total de 4.007 episodios de ingresos en domicilio que han generado 80.684 estancias. Por tipología, en términos de volumen de pacientes, han sido los "terminales" (37,84%) y los "crónicos" (34,49%) los más numerosos, pero en términos de estancias la mayor carga asistencial la representan los "terminales" (el 57,4% de las estancias totales). En la **Tabla** se muestran algunas variables relacionadas con la atención a los pacientes y la actividad desarrollada.

**DISCUSIÓN:** La categorización de los pacientes atendidos en la UHDCP permite comprobar cómo la mayor estancia media corresponde a los grupos de pacientes “terminales” y “quirúrgicos”. Como posibles causas: 1. La atención hasta el fallecimiento del paciente sigue siendo tarea de la Unidad, dadas las dificultades aún presentes en atención primaria para un adecuado seguimiento. 2. En el caso de los pacientes “quirúrgicos” –que suponen junto con el de “agudos” el menor porcentaje de pacientes atendidos en la UHDCP– se trata de heridas quirúrgicas complicadas en su mayor parte. Destacan en los resultados el gran volumen que supone el grupo de pacientes

“crónicos” y la reducida estancia media (9,53 días). Este hecho refleja sin duda el enorme esfuerzo realizado a la hora de plantear el alta de la UHDCP de este tipo de pacientes para que su normal seguimiento sea llevado por atención primaria.

**CONCLUSIONES:** La UHDCP asigna sus recursos de acuerdo con el tipo de pacientes que ingresan. El hecho de agruparlos permite trabajar desde su inclusión de forma coordinada con atención primaria y prestar un adecuado soporte al cuidador principal y a la familia del paciente. Una sencilla clasificación en cinco grandes categorías puede ser una primera aproximación a la casuística de estas unidades.

## G-15

# ANÁLISIS DE LAS CAUSAS DE ALTA DE PACIENTES “CRÓNICOS” EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA

S. Alegre Herrera<sup>(1)</sup>, J. Pérez de León Lozano<sup>(1)</sup>, L. Fernández Rendón<sup>(1)</sup>, J. Serrano Carrillo de Albornoz<sup>(2)</sup>, M. Soriano Pérez<sup>(2)</sup>, I. Marín Montín<sup>(2)</sup>, J. Royo Aguado<sup>(1)</sup>, M. Aguayo Canela<sup>(2)</sup>

<sup>(1)</sup>Unidad de Hospitalización Domiciliaria y Cuidados Paliativos; <sup>(2)</sup>Medicina Interna A. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

**OBJETIVOS:** Las Unidades de Hospitalización Domiciliaria y, como la nuestra, de apoyo en domicilio a pacientes susceptibles de cuidados paliativos, tienen cierta dificultad para establecer –en ocasiones– dónde y cuándo termina un proceso asistencial, al tratar en muchos casos a pacientes crónicos y en un terreno “a medio camino entre el hospital y la atención primaria de salud”. Por ello, nos proponemos

las causas de “salida”, tanto globalmente como por tipo de patología crónica atendida.

**RESULTADOS:** Se han evaluado 4.009 ingresos en la Unidad, de los que el 37,8% correspondían a pacientes “terminales”, un 34,5% a pacientes “crónicos o pluripatológicos”, y un 10,1% a pacientes “crónicos oncológicos”. Las causas más frecuentes de alta se muestran en la Tabla adjunta.

Altas de la UHDCP, clasificadas por motivos y tipos de pacientes (trienio 2003-2005)				
Motivos de alta (% de pacientes)	CRÓNICOS (n=1.384)	CRÓN. ONCOLÓG. (n=404)	TERMINALES (n=1.517)	TODOS (n=4.009)
Fallecimiento en domicilio	4,62%	6,68%	38,43%	17,29%
Ingreso en el hospital	7,15%	13,12%	29,80%	14,24%
Estabilización del proceso o mejoría	69,36%	72,77%	11,21%	47,74%
Otras causas	18,71%	6,68%	17,80%	15,91%

analizar las causas de “salida” (finalización de un proceso o alta de la Unidad) de los pacientes atendidos por la Unidad de Hospitalización Domiciliaria y Cuidados Paliativos (UHDCP) del área hospitalaria Virgen Macarena de Sevilla, que cubre una población cercana a los 530.000 habitantes, sobre la actividad desarrollada y registrada en los últimos 3 años de funcionamiento.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Hemos analizado retrospectivamente toda la actividad asistencial, a lo largo del periodo 2003-2005, explotando los registros sistemáticos de la base de datos de la UHDCP. Se evalúan, de forma descriptiva,

**DISCUSIÓN:** El alta por “estabilización o mejoría” de un 47,74% de los pacientes crónicos ingresados en la UHDCP indica la capacidad de esta Unidad a la hora de ubicar de forma natural la asistencia de los pacientes (en su mayoría “crónicos” –69,36%– y “crónicos oncológicos” –72,77%–). El alta por “fallecimiento en domicilio” e “ingreso hospitalario” en los pacientes “terminales” supone un total de 68,73% de altas, lo que es lógico, dada la evolución natural de este proceso, aunque debemos destacar que casi un tercio de altas por “ingreso hospitalario” en este grupo puede reflejar mayoritariamente el deseo del propio paciente y/o su familia de morir en el

hospital. La baja tasa de salidas por “ingreso hospitalario” en los pacientes “crónicos” (7,15%) permite pensar que el nivel asistencial especializado que desarrolla la UHDCP sustituye de forma eficaz el ingreso hospitalario convencional.

**CONCLUSIONES:** La UHDCP supone una alternativa eficaz a la hospitalización convencional en todo tipo de pacientes, especialmente en los que padecen enfermedades crónicas y en situación terminal. El nivel especializado de atención que desarrolla permite disminuir los ingresos hospitalarios desde

dicha Unidad y pasar a los pacientes en una situación estable a la atención primaria. Esta transferencia supone un esfuerzo de coordinación entre niveles asistenciales que permite optimizar los recursos de la UHDCP, como Unidad de “soporte en domicilio de cuidados y tratamientos especializados”. Se observa que, así como los pacientes “crónicos” y “crónicos oncológicos” pasan al nivel de atención primaria con cada vez mayor fluidez, los pacientes “terminales” suelen ser candidatos a seguimiento por la UHDCP hasta el final del proceso.

## G-16

# PAPEL DE UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA EN LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL

J. Pérez de León Serrano<sup>(1)</sup>, S. Alegre Herrera<sup>(1)</sup>, J. Royo Aguado<sup>(1)</sup>, A. Prados Gallardo<sup>(2)</sup>, J. Serrano Carrillo de Albornoz<sup>(2)</sup>, M. Soriano Pérez<sup>(2)</sup>, I. Marín Montín<sup>(2)</sup>, M. Aguayo Canela<sup>(2)</sup>

<sup>(1)</sup>Unidad de Hospitalización Domiciliaria y Cuidados Paliativos; <sup>(2)</sup>Medicina Interna A. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

**OBJETIVOS:** La continuidad asistencial es uno de los aspectos cardinales del I Plan de Calidad de la Consejería de Salud (2001), por lo que en la actualidad se están desarrollando diversas estrategias encaminadas a promoverla, intentando romper el clásico aislamiento entre atención primaria (AP) y atención especializada (AE). Aportamos la experiencia de una estructura asistencial creada una década antes de estas iniciativas, la Unidad de Hospitalización Domiciliaria y Cuidados Paliativos (UHDCP) del área Virgen Macarena, integrada por cuatro equipos de médicos internistas y enfermeras, en su periodo de funcionamiento como Unidad de Gestión Clínica.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Sobre la base de datos donde se registran todos los actos asistenciales (y de gestión) de la UHDCP de forma sistematizada, se ha procedido a explotar los indicadores de coordinación y comunicación interniveles. El análisis se ha realizado por años (2003-2005), aunque mostramos la descripción del periodo acumulado.

**RESULTADOS:** La procedencia de los pacientes ingresados en la UHDCP fue: 33,71% desde las unidades de hospitalización de los centros del área HVM; 20,05% desde las consultas externas; 8,53% desde el área de urgencias; 24,23% desde la propia UHDCP; y sólo un 13,5% desde los centros de AP. En la evolución anual se comprobó una tendencia en el tiempo a disminuir los ingresos provenientes de AP, mientras se incrementaban los enviados desde consultas especializadas o los gestionados por la propia Unidad. Por otra parte, los equipos de la UHDCP identificaron el centro de salud o EBAP al que pertenecía el paciente en el 100% de los ingresos, y al profesional que remitía al enfermo en el 95% de los casos. Se estableció comunicación con el médico de familia en el 69% de los casos, y con el enfermero comunitario en el 80% de los ingresos. Los motivos de ingreso sólo se evaluaron para el año 2005, siendo los más frecuentes el “control de síntomas” (63%), la “valoración clínica” (11,3%), y el “uso coordinado del hospital de día” (8,4%).

**DISCUSIÓN:** Parece complicado implicar a todos los profesionales que trabajan en un único sistema público de salud para que se conozcan, se relacionen y comuniquen y, en definitiva, trabajen en una misma línea en torno al paciente y su familia, verdadero centro sobre el que debe girar nuestra actividad, cualquiera que sea el nivel asistencial donde nos encontremos. La experiencia acumulada por nuestra Unidad, nacida –es verdad– al amparo del hospital e integrada en su estructura, pero con vocación claramente comunitaria y con objetivos explícitos en su contrato de gestión clínica de promover la continuidad asistencial, viene a corroborar las barreras que siguen existiendo entre los dos niveles de atención: a pesar del esfuerzo realizado por mejorar las comunicaciones con los equipos de atención primaria (con elevadas tasas de identificación), la oferta asistencial de la UHDCP sigue siendo más “atractiva” para los facultativos especialistas que para los médicos de cabecera, y en no pocos casos la propia Unidad autogestiona sus ingresos, sobre su histórico de pacientes crónicos y con procesos terminales, sin intervención aparente del EBAP. Creemos que la historia digital única, la enfermería de enlace, la activación del PAC (plan de actuación compartida) en el proceso pluripatológico, y el uso de nuevas tecnologías de comunicación (intranet, videoconferencia, consultoría telemática, etc.), serán instrumentos fundamentales para romper estas inercias.

**CONCLUSIONES:** Aunque se ha avanzado mucho, la hospitalización domiciliaria sigue resultando –en nuestro caso, al menos– más una alternativa a la hospitalización convencional y una solución transitoria de los órganos de gestión a la saturación habitual de los centros hospitalarios, que una herramienta orientada a la continuidad asistencial y la coordinación interniveles. Habrá que seguir trabajando en estrategias comunes de tipo institucional y en potenciar la comunicación bidireccional entre profesionales y centros.

## G-17

## LOS GRD NECESITAN DEL CLÍNICO

F. Jódar Morente<sup>(1)</sup>, V. Navarro Pérez<sup>(1)</sup>, S. Bermudo Conde<sup>(1)</sup>, J. Trujillo Pérez<sup>(1)</sup>,  
M. Requena Pou<sup>(1)</sup>, S. Reyes<sup>(1)</sup>, M. Linares<sup>(2)</sup>, N. Marín Gámez<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Servicio de Medicina Interna; <sup>(2)</sup>Documentación.  
Complejo Hospitalario Ciudad de Jaén.

**OBJETIVOS:** Análisis de la casuística y funcionamiento de un Servicio de Medicina Interna a partir de su "producción" GRD.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio de evaluación de resultados en salud. El universo fue de 3.379 episodios de hospitalización; las 2 muestras 1.029 y 1.174 informes de alta codificados. Diseño prospectivo a 6 meses. Estadística descriptiva e inferencial con contraste de hipótesis para variables cuantitativas. La variable "peso GRD" se definió como el reflejo del grado de complejidad del *case-mix* respecto al patrón de comparación preestablecido.

de los ingresos, fueron urgentes 93,86%, con una estancia media de 10,93, mientras que sólo fueron programados 6,04% con una estancia media de 4,94. Estancia media ajustada por funcionamiento: 10,50; por casuística: 10,35. La diferencia de EM se debe a funcionamiento -0,42, casuística 0,12. Los cuatro GRD más frecuentes del año 2004 representaron 439 altas sobre 1029 (Tabla 1). Los cuatro GRD más frecuentes del año 2005 representaron 458 altas sobre 1.174 (Tabla 2). Diferencia peso GRD: +0,2758\*, un incremento del 19%\* test *t* de Student,  $p < 0,001$ , para error alfa significativo de 0,05. Evolución de índices -índice funcionamiento

Tabla 1. Distribución por los 4 GRD más frecuentes año 2004

GRD	Descripción	N.º pac. (%)	Est/x	Peso
470	No agrupable	134 (30,5)	10,03	0,0000
127	ICC&Shock	121 (27,5)	10,07	1,4851
88	EPOC	112 (25,5)	9,21	1,1655
89	Neum-simple&pleu>17 cc	91 (20,7)	11,30	1,3692

Tabla 2. Distribución por los 4 GRD más frecuentes año 2005\*

GRD	Descripción	N.º pac. (%)	Est/x	Peso
541	Tras respir. exc nn, cc	160 (34,9)	9,35	2,3654
89	Neum-simple&pleu>17 cc	151 (32,9)	7,5	1,3692
544	ICC&Shock cc	67 (14,6)	9,91	3,4787
87	Edema pulm.-insuf. respir.	61 (13,3)	6,45	1,5423

**RESULTADOS:** En el primer semestre del año 2005 la estancia media del servicio fue de 8,5 días. Comorbilidad, 5,40 diagnósticos, y el esfuerzo diagnóstico terapéutico lo refleja 4,57 procedimientos/episodios realizados. El peso medio de todos los pacientes fue de 1,6969, con (2,83%) de GRD quirúrgicos y (96,31%) de GRD médicos. Se produjeron un total de 18 casos (1,58%) GRD 470. El índice de funcionamiento fue de 0,9971, lo que implicó más agilidad de proceso del servicio respecto de lo esperado, y un índice de casuística (EMF/EMN) de 1,0118 que implicó una mayor complejidad de los pacientes tratados. En cuanto al origen

2004 > 1; índice funcionamiento 2005 < 1 (0,9971) -índice de casuística 2004 < 1; índice casuística 2005 > 1 (1,0118).

**CONCLUSIONES:** • La implicación de los facultativos en una correcta codificación de los episodios conlleva una más adecuada valoración y reconocimiento del trabajo realizado. • La correcta y rigurosa codificación justifica que los recursos que se consumen en el cuidado de los enfermos fueron los adecuados. • La no codificación de un episodio implica, generalmente, un trabajo realizado tal vez correctamente pero que no aporta valor, y de hecho detrae peso al equipo de trabajo.

## IC-02

# PAPEL DEL INTERNISTA EN UNA CONSULTA DE CARDIOLOGÍA

S. López Palmero<sup>(1)</sup>, F. Rivera Cívico<sup>(2)</sup>, J. Salas Corona<sup>(2)</sup>, R. Cotos Canca<sup>(2)</sup>,  
A. Lozano Serrano<sup>(2)</sup>, J. Benítez<sup>(2)</sup>, I. Prades<sup>(2)</sup>, A. López<sup>(2)</sup>

<sup>(1)</sup> Servicio de Medicina Interna. Hospital Torrecárdenas. Almería. <sup>(2)</sup> Servicio de Medicina Interna. EP Hospital de Poniente. El Ejido (Almería).

**OBJETIVOS:** 1. Describir las características de los pacientes remitidos desde atención primaria a una consulta hospitalaria de Cardiología (pacientes nuevos). 2. Analizar el papel del internista como "filtro" en dicha consulta.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio realizado en el Hospital Comarcal de Poniente (El Ejido, Almería) cuya población es de 209.000 habitantes. Periodo de estudio: julio 2005-febrero 2006 (8 meses), reclutándose 323 pacientes nuevos. Acto único: alta de la consulta externa de Cardiología en la primera visita, remisión a otra especialidad o control por atención pri-

insuficiencia cardiaca (3%), síncope (6%), soplo (8%), fibrilación auricular (8%), factores de riesgo cardiovascular (7%), otros (13%). Diagnóstico: factores de riesgo cardiovascular (23%), cardiopatía isquémica (9%), miocardiopatía hipertensiva (6%), fibrilación auricular (9%), valvulopatía (8%), trastornos de la conducción (3%), insuficiencia cardiaca (2%), otras causas cardiológicas (21%), causas no cardiológicas (19%). Derivación: acto único (29%). Genera una revisión y alta (19%). Medicina Interna (21%). Cardiología (31%). Ver **Tabla 1**.

**Tabla 1. Derivación según diagnóstico**

	Acto único	Genera una revisión y alta	Cardiología	Medicina Interna
FRCV	42%	16%	3%	39%
C. isquémica		3%	83%	14%
Miocardiopatía HTA		20%	10%	70%
Fibrilación auricular			55%	45%
Trast. conducción	18%		82%	
Insuficiencia cardiaca				100%
Otras causas cardiológ.	47%	16%	31%	6%
Causas no cardiológ.	46%	54%		

maria. Criterios de derivación a la consulta externa de Medicina Interna: prevención primaria y secundaria de factores de riesgo cardiovascular, insuficiencia cardiaca más comorbilidad y fibrilación auricular crónica más comorbilidad.

**RESULTADOS:** 53% mujeres, 47% varones. Edad < 20 años (4%). 21-40 años (22%). 41-60 años (34%). 61-80 años (34%). > 81 años (6%). Motivo de consulta: dolor torácico (30%), disnea (7%), edemas (3%), palpitaciones (13%),

**CONCLUSIONES:** 1. Casi la mitad de los casos (48%) remitidos desde atención primaria a una consulta hospitalaria de Cardiología se resolvieron en una o dos visitas. 2. Un 19% de los pacientes remitidos desde atención primaria a una consulta hospitalaria de Cardiología tuvo una causa no cardiológica. 3. Sólo un tercio de los pacientes (31%) fueron remitidos para valoración por Cardiología.

IC-03

SIGNOS PRECOCES DE TAC  
EN ICTUS ISQUÉMICO DE ACM

P. Sosa Rojas<sup>(1)</sup>, E. Martínez Fernández<sup>(2)</sup>, M. del Castillo Madrigal<sup>(1)</sup>, M. Romero Jiménez<sup>(1)</sup>,  
M. Pérez Ramos<sup>(1)</sup>, Y. Abu El Wafa<sup>(1)</sup>, A. Benavente Fernández<sup>(1)</sup>, A. Barrios Merino<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup> Servicio de Medicina Interna, <sup>(2)</sup> Unidad de Neurología.  
Hospital Infanta Elena. Huelva.

**OBJETIVOS:** La incorporación de nuevos tratamientos específicos para el ictus agudo (fibrinolíticos, neuroprotectores, antiagregantes...) hace indispensable el manejo de aquellas técnicas de imagen que permiten establecer la naturaleza, localización y gravedad de las lesiones vasculares del ictus. La TAC es la técnica más comúnmente disponible en las urgencias de nuestro medio para la valoración en fase hiperaguda de un posible ictus cerebral. Analizamos los signos precoces de TAC en casos de ictus isquémico de arteria cerebral media (ACM).

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Revisión bibliográfica que recopila la descripción y trascendencia de signos precoces de TAC en fase hiperaguda en el ictus. Descripción gráfica de los mismos a través de imágenes de TAC seleccionadas de la casuística analizada. Realizamos estudio retrospectivo de los ictus isquémicos de ACM atendidos por la Unidad de Neurología del Servicio de Medicina Interna del Hospital Infanta Elena (Huelva), durante los meses de noviembre de 2005 a abril de 2006, analizando las TAC iniciales, y determinamos cuáles de ellas presentan signos precoces. Entendemos como signos precoces aquellos que aparecen en fase hiperaguda (entre 2 y 6 horas de evolución de un ictus): ACM hiperdensa, desdiferenciación de la sustancia gris-sustancia blanca, hipodensidad del núcleo lenticular, hipodensidad parenquimatosa, efecto masa o borramiento de surcos corticales. Se comparan las áreas vasculares afectadas con la TAC de control para ver si efectivamente los signos precoces evaluados predicen la afectación de esa zona en fase aguda (6-24 horas de evolución).

**RESULTADOS:** De un total de 12 casos de ictus isquémico de ACM: 6 casos (50%) presentaron signos precoces claros en la TAC inicial (fase hiperaguda), 3 casos (25%) presentaban ictus establecido (TAC inicial en fase aguda) y 3 casos (25%) mostraban signos dudosos. En los 6 TAC positivos detectamos: 1 ACM hiperdensa, 2 desdiferenciaciones sustancia

gris-blanca, 3 hipodensidades del núcleo lenticular (con pérdida de nitidez de la cápsula externa). Las hipodensidades parenquimatosas y los borramientos de surcos se observan en los 3 casos en los que la TAC muestra el ictus establecido. En todos los casos en los que se hallaron signos precoces, se observan alteraciones posteriores en la TAC de control compatibles con ictus isquémico en la misma localización en la que se observan los signos precoces.

**DISCUSIÓN:** En la bibliografía consultada se refiere una sensibilidad de los signos precoces para la detección de ictus del 80%. En nuestra serie observamos un 66% de signos precoces en las TAC realizadas en las primeras 6 horas. En los 3 casos en los que la TAC se realiza posteriormente, se observan signos claros de ictus establecido. El signo precoz más frecuente es la hipodensidad del núcleo lenticular, seguido de la desdiferenciación de sustancia gris/blanca. Existe un único caso que presenta ACM hiperdensa. Esta entidad suele asociarse a hipodensidad parenquimatosa precoz, infartos extensos y transformación hemorrágica. En nuestro caso, evoluciona hacia infarto extenso de ACM. Los casos de hipodensidades parenquimatosas y los borramientos de surcos aparecen en TAC realizadas en fase aguda. En el 25% de los casos, los signos son de carácter dudoso, con gran variabilidad interobservador en su valoración entre los especialistas involucrados.

**CONCLUSIONES:** El 66% de los pacientes de nuestra serie presentaron signos precoces en la TAC en fase hiperaguda. De ellos el más frecuente es la hipodensidad del núcleo lenticular, seguido de la desdiferenciación de sustancia blanca/gris. Existe un componente subjetivo importante en el proceso de detección de signos precoces que es necesario tener en cuenta a la hora de valorar inicialmente un ictus. Debido a esto, es preciso avanzar en el adiestramiento para identificarlos, ya que de ellos dependen determinadas indicaciones y contraindicaciones terapéuticas.

## IC-05

## ANEMIA E INSUFICIENCIA CARDIACA. UN NUEVO RETO PARA LA MEDICINA INTERNA

M. Franco Huerta, J. Carrasco Sánchez, A. Escalera Zalvide,  
C. Borrachero Garro, S. Díaz Acevedo, E. Pujol de la Llave

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

**OBJETIVOS:** La anemia representa un factor de comorbilidad asociado en los pacientes con IC. Sin embargo, suele estar infravalorada y, en la mayoría de los casos, manejada de forma deficitaria. Nos hemos propuesto conocer la prevalencia global de la anemia en nuestros pacientes y describir su perfil epidemiológico, clínico y terapéutico con el objetivo de conocer la dimensión del problema y obtener información para diseñar estudios analíticos.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio de corte (*cross-sectional*), con una muestra aleatoria de los pacientes ingresados durante el año 2005 en nuestro centro y cuyo diagnóstico principal al alta fue el de IC. Para el diagnóstico de anemia se requería una Hb < 13 g/dL en hombres y una Hb < 12 g/dL en mujeres. Se describen los grupos y se formula una hipótesis de igualdad de los mismos, mediante el test de Mann-Whitney (variables cuantitativas) y el estadístico X<sup>2</sup> (variables cualitativas), ambos con un nivel de significación  $\alpha < 0,05$ .

**RESULTADOS:** Se estudiaron un total de 215 pacientes, de los que 78 presentaban anemia por cualquier causa (no se precisó la etiología por no ser objetivo del estudio). La prevalencia estimada fue del 36,3% (IC: 0,300-0,425). Al analizar el subgrupo con anemia la edad media fue de 73,5 años (DE: 9,2), con unas cifras de Hb 10,46 g/dL (DE: 2,37). La estancia hospitalaria se representa por una mediana de 10 días (7-16). Para las variables cualitativas: género (hombres: 41% y mujeres: 59%), factores de riesgo cardiovascular [HTA (73,1%), DM (55,1%), dislipemia (39,7%), tabaquismo (30,8%)], etiología IC [cardiopatía hipertensiva (47,4%), cardiopatía isquémica (26,9%), otras (25,6%)], situación funcional NYHA [I (5,1%), II (57,7%), III (33,3%) y IV (3,8%)]. Respecto a su presentación clínica: situación de EAP (14,1%), precisando ingreso en UCIC (7,7%) y estabilización en área de observación de urgencias (35,9%). Otros datos de comorbilidad: presencia de FA crónica (38,5%), insuficiencia renal, [creatinina > 1,8 mg/dL] (15,4%) e índice de Charlson {3,90 (DS 1,07)}. En

el 66,7% de los casos se realizó un estudio ecocardiográfico [FEVI < 45% (16,7%) y AI dilatada (50%)]. En cuanto a los tratamientos de la IC: IECA (61,5%), BB (39,7%), ARA II (14,1%), espironolactona (19,2%), diuréticos de asa (91%), digital (19,2%), estatinas (38,5%), antiagregación (52,6%) y anticoagulación (35,9%). El 2,6% fue sometido a TRC y el 6,4% era portador de un DAI. La mortalidad intrahospitalaria fue del 5,1% [0,62-0,40] (respecto al 0,7% del grupo sin anemia). La proporción de reingresos durante ese año fue del 28,2% (respecto del 27,7% del grupo sin anemia). En MI ingresó el 91,4% y en Cardiología el 8,6%. Los tests estadísticos mostraron un nivel de significación > 0,05, por lo cual no podemos rechazar la hipótesis nula y concluimos que los grupos son iguales, y por lo tanto comparables. Solamente cabe destacar que la variable insuficiencia renal (0,02), cardiopatía hipertensiva (0,022) y la mortalidad intrahospitalaria con el test de Fisher alcanzó el borde de la significación (0,053).

**DISCUSIÓN:** El conocimiento de la prevalencia de anemia entre los pacientes con IC nos hace reflexionar sobre la dimensión del problema. Llama la atención la enorme igualdad de los grupos, lo que nos podría llevar a pensar en el papel ponderante que jugaría la anemia como factor de mal pronóstico independiente, que por otra parte ya se insinúa en el estudio con una mortalidad intrahospitalaria que parece mayor (ni el diseño, ni el tamaño muestral nos permiten sacar conclusiones de esta afirmación, pero el dato es enormemente interesante). También la IR como causa de anemia se asoció a este grupo.

**CONCLUSIONES:** La anemia en los pacientes con IC representa un grupo numeroso con un peso específico propio, tanto en volumen como en complejidad. Probablemente sea un factor determinante e independiente de comorbilidad en el curso clínico de la IC. Los hallazgos obtenidos nos permitirán diseñar estudios observacionales para investigar el impacto de la anemia en la IC.

## IC-06

# INSUFICIENCIA CARDIACA: ANÁLISIS DE UNA SITUACIÓN CLÍNICA COMPLEJA

A. Escalera Zalvide, J. Carrasco Sánchez, M. Franco Huerta,  
C. Borrachero Garro, S. Díaz Azevedo, E. Pujol de la Llave

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

**OBJETIVOS:** La insuficiencia cardiaca (IC) es una de las causas más frecuentes de ingreso hospitalario en los Servicios de Medicina Interna, siendo su elevado volumen y su complejidad situaciones que hacen imprescindible una organización en el manejo de estos enfermos. A la vista de las nuevas guías de tratamiento publicadas durante el año 2005, pretendemos conocer la situación clínica en la que se encuentra nuestro centro hospitalario, con el fin de planificar futuras actuaciones, con especial atención al tratamiento y a la mortalidad intrahospitalaria.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudiamos una muestra aleatoria de los pacientes ingresados durante el año 2005 en nuestro centro y cuyo diagnóstico principal al alta fue el de IC. Recogimos una serie de variables clínicas de los informes de alta y comprobamos la certeza del diagnóstico. Para la descripción de las variables empleamos la proporción en las cualitativas y la media con su desviación estándar para las cuantitativas. En caso de asimetría, se emplea la mediana con el rango intercuartílico.

**RESULTADOS:** Estudiamos un total de 215 pacientes, con una edad media de 73,07 años (DE: 9,00), la distribución por género (hombres: 49,3%; mujeres: 50,7%). En el análisis de los FRCV: HTA (75,3%), DM (47,4%), HC (38,6%), tabaquismo (40,5%). Las etiologías más frecuentes fueron la cardiopatía hipertensiva (36,7%) y la isquémica (34%). En la forma de presentación, precisaron UCI (7,4%) y estabilización en urgencias (40,5%), una proporción de EAP (20%). La asociación a FA (44,2%), IRenal (9,3%) y anemia (36,3%). La distribución grado NYHA [I (10,2%), II (54,4%), III (34%), IV (1,4%)]. La comorbilidad, CHARLSON medio 3,89 (DE: 1,06). En el 77,2% se realizó un estudio ecocardiográfico. Perfil terapéutico: IECA (65,1%) [enalapril (43,6%), captopril (27,1%), ramipril (28,6%)], BB (47%) [carvedilol (60,4%), atenolol

(32,7%)], ARA II (18,1%) [losartan (69,2%), valsartan (12,8%), candesartan (7,7%), ibesartan (10,3%)], inhibidores aldosterona (20%) [sólo espironolactona], digoxina (23,3%), diuréticos de asa (88,8%) [al alta (11,2%)], nitritos (41,9%), estatinas (43,3%), antiagregantes (53%), anticoagulantes (38,6%), TRC (3,3%), TRC-DAI (5,6%). La estancia hospitalaria Me 10 días (7-15), la mortalidad intrahospitalaria fue del 2,3% [IC: 0,003-0,043], con una proporción de reingresos del 27,9% [IC: 0,220-0,338], Me 60 días (21-150). El 79,1% ingresó en MI, el 12,6% en Cardiología y un 8,4% en otros servicios.

**DISCUSIÓN:** La edad media de nuestra población es elevada, como cabía esperar, con una distribución por géneros equiparada. La distribución de los FRCV y la etiología de la IC es también la esperable. Cabe comentar como aún la proporción de uso de los fármacos que han demostrado reducir la mortalidad de los enfermos con IC sigue siendo deficiente y sustancialmente mejorable. Respecto al fármaco específico, el atenolol sigue siendo un BB de amplio uso que no ha demostrado nada en IC, como el losartan sigue siendo el ARA II por excelencia (disponible en el hospital) y como las nuevas evidencias del estudio *ValHef* y *CHARM* no son aún de uso extendido. Asimismo, las indicaciones de la eplerenona parece que las desconocemos. Los tratamientos con dispositivos aún son poco frecuentes. Respecto a la mortalidad, sólo disponemos de la intrahospitalaria, siendo de enorme interés el seguimiento de estos pacientes.

**CONCLUSIONES:** A la vista de la situación descrita, hemos elaborado un programa para ampliar el uso de estos tratamientos y adecuarlos a la nueva evidencia científica. En este sentido, hemos iniciado trámites para incorporar a la farmacopea del hospital algunos fármacos con nuevas indicaciones. También elaboramos un registro de seguimiento de variables clínicas, con especial atención en la mortalidad.

## IC-07

## PREVALENCIA DE ANEMIA EN PACIENTES GERIÁTRICOS HOSPITALIZADOS CON INSUFICIENCIA CARDIACA

B. Escolano Fernández, R. Fernández Ojeda, M. Camacho Fernández, A. Valiente Méndez, I. Marín Montín, J. Serrano Carrillo de Albornoz, M. Soriano Pérez, M. Aguayo Canela

Servicio de Medicina Interna A.  
Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

**OBJETIVOS:** Valorar la prevalencia de anemia en pacientes geriátricos ingresados con insuficiencia cardiaca en un Servicio de Medicina Interna.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** En un estudio transversal, se recoge durante un periodo de 3 meses (enero a marzo de 2006) a todos los pacientes ingresados en el servicio, mayores de 65 años y con indicios de fragilidad clínica, y que cumplen los criterios clínicos de Framingham de insuficiencia cardiaca. Se excluyeron aquellos con neoplasia sólida o leucemia. Se definió anemia como cifras de hemoglobina al ingreso inferiores a 12 g/dL. Se recogieron múltiples variables con información demográfica, características antropométricas,

de algunas variables en los dos grupos establecidos. Mostramos las estimaciones puntuales e interválicas, sin contrastes de hipótesis (al no tratarse de un estudio con intención analítica *a priori*).

**DISCUSIÓN:** La prevalencia de anemia entre los pacientes con insuficiencia cardiaca es mayor que en la población general, si bien existe una variabilidad comunicada que va del 4 al 56%. La etiología de la anemia en la insuficiencia cardiaca se invoca multifactorial, y su presencia se relaciona con mayores tasas de reingresos, proponiéndose por diversos autores las cifras de hemoglobina en sangre como parámetro pronóstico en esta población. La elevada tasa de anemia detectada en

Descripción de diferentes variables en dos grupos de pacientes, establecidos por la presencia o no de anemia		
VARIABLES (medidas resumen)	CON ANEMIA (n = 16)	SIN ANEMIA (n = 13)
Creatinina en mg/dL (media; IC 95%)	1,43 (0,88-1,98)	1,01 (0,75-1,27)
Urea en mg/dL (media; IC 95%)	78,5 (52,7-104,3)	56,9 (44,0-69,8)
Edad en años (media; IC 95%)	74,9 (71,1-78,7)	78,7 (75,1-82,2)
% Hombres /% Mujeres	54,5 / 55,6	55,5 / 54,4
Estancia media en días (media; IC 95%)	13,7 (11,1-16,3)	14,9 (10,7-19,2)
I. Charlson (mediana; rango)	4,5 (1-7)	3 (1-6)
N.º ingresos último año (mediana; rango)	2 (0-4)	0 (0-2)
% toman antiagregantes	75,0	46,2

perfiles de síntomas y signos, analíticas y exámenes de imágenes, y datos sobre medicación y de atención sanitaria. Se ha realizado una estadística descriptiva con la ayuda de los programas SPSS 13.0 y EPI-INFO 6.0 (para el cálculo de los intervalos de confianza exactos).

**RESULTADOS:** Se evalúan 29 pacientes, de los cuales 18 eran mujeres (62,1%) y 11 eran hombres (37,9%). La edad media fue 76,45 años (rango: 65-92). Presentaban anemia 16 pacientes (el 55,2%, con un IC 95% de entre 35,7 y 73,5). En la Tabla adjunta se muestran diferentes índices resumen

este trabajo podría estar relacionada con la senilidad y la comorbilidad que caracterizan a nuestra cohorte, aunque el estudio –limitado por su diseño transversal y escasa potencia estadística– no permite sacar conclusiones en este sentido.

**CONCLUSIONES:** Detectamos una elevada prevalencia de anemia en los pacientes geriátricos hospitalizados por insuficiencia cardiaca. Creemos que ello se relaciona con la senilidad y con la comorbilidad que tienen nuestros pacientes, la mayoría de los cuales pueden considerarse “pluripatológicos” y están polimedcados.

## IC-08

## PERICARDITIS: UN ESTUDIO DESCRIPTIVO

L. Mérida Rodrigo, R. Quirós López, J. Aguilar Díaz, I. Escot Cabeza,  
F. Moreno Martínez, J. Olalla Sierra, J. Ruiz Mesa, J. García Alegría

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

**OBJETIVOS:** Conocer variables demográficas, clínicas, diagnósticas y terapéuticas en pacientes ingresados con diagnóstico de pericarditis aguda.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio descriptivo de pacientes ingresados con diagnóstico de pericarditis aguda entre el 1/1/00 y el 31/12/04. Análisis de variables demográficas, clínicas, analíticas, diagnósticas y terapéuticas, así como de factores relacionados con el desarrollo de insuficiencia cardiaca (IC). Lugar: Hospital Costa del Sol. Análisis: paquete estadístico SPSS 12.0. La asociación de las variables se estimó mediante los tests de Fisher y test *t* para la comparación de medias.

**RESULTADOS:** Durante el periodo de estudio ingresaron 52 pacientes. El 76,9% eran hombres; la edad media fue de 50,67 años (45,36-55,99, IC 95%). El 5,8% (n = 3) presentaban IC previa. La situación basal (NYHA) era en el 73,1% clase I, en el 1,9% II, 1,9% III, desconocida en el resto. El 27,5% era fumador, el 13,7% ex-fumador, un 7,3% diabéticos y el 23,1% hipertensos. Al ingreso, el 82,7% presentan dolor torácico típico. Del total de los pacientes, el 11,5% desarrolló pericarditis post-IAM y un 17,3% desarrollaron IC, siendo el 55,5% (5 casos) por fallo sistólico y el 44,5% (4 casos) diastólico. En la exploración física, la auscultación cardiaca es patológica (roce/soplo) en el 40,4%, el 9,6% presenta ingurgitación yugular, y el 3,8% pulso paradójico. Los datos de laboratorio más relevantes quedan reflejados en la Tabla 1 (la troponina se elevó en 4 pacientes). La radiografía de tórax muestra cardiomegalia en el 21,6%. El ECG muestra datos típicos de pericarditis aguda en el 47,1%, el 15,7% signos de isquemia, el 7,8% taquicardia, y el 11,8% fibrilación auricular. El ETT mostró una FEVI media de 67,5% (63,7-71,3, IC 95%), disfunción valvular el 21,2%, derrame pericárdico en el 51,9%, y engrosamiento pericárdico el 9,6%. Respecto del tratamiento, un 78,8% recibió AINE, el 1,9% corticoides, y el 5,8% combinación de ambos. No

se registraron defunciones. Tras el análisis bivariante, las siguientes variables quedaron relacionadas con el desarrollo de IC: derrame pericárdico [OR: 2,01 (1,33-3,02; IC 95%)] y presencia de dolor torácico de características atípicas [OR: 9,55 (2,92-31,25; IC 95%)]. De igual modo se constataron diferencias significativas en la estancia media de 6,26 días (1,98-10,54; IC 95%) entre aquellos pacientes que desarrollaron IC respecto de aquellos que no la presentaron.

**DISCUSIÓN:** El limitado número de pacientes de nuestra muestra que desarrolló IC limita la capacidad para describir variables relacionadas con tal condición. Por tanto, los

	Media	IC 95%	p
Creatinina (mg/dL)	1,01	0,9-1,1	0,0001
CPK	476	295-657	0,0001
CPK-MB	97	39-155	0,002

resultados del análisis bivariante, a pesar de resultar significativos, han de ser interpretados con cautela y confirmados mediante estudios con mayor número de pacientes.

**CONCLUSIONES:** En nuestro medio, las pericarditis son más frecuentes en varones de edad media, sin factores de riesgo cardiovascular conocidos. La presentación clínica más frecuente es el dolor torácico típico, con movimiento enzimático y ECG patológico. El ETT suele mostrar cambios inflamatorios a nivel pericárdico sin disfunción ventricular izquierda asociada. La mayoría de las pericarditis son de etiología desconocida y responden bien a los AINE. La presencia de derrame pericárdico y de dolor torácico de características no típicas para pericarditis aguda podría estar relacionada con un mayor riesgo de desarrollar insuficiencia cardiaca.

IC-09

DESCRIPCIÓN DE LOS PACIENTES DE UNA CONSULTA  
MULTIDISCIPLINAR DE ARTERIOPATÍA PERIFÉRICA  
EN MIEMBROS INFERIORES

F. Martínez Peñalver<sup>(1)</sup>, M. Rico Corral<sup>(1)</sup>, M. Soriano Pérez<sup>(2)</sup>, J. de la Vega Sánchez<sup>(1)</sup>,  
J. Serrano Carrillo de Albornoz<sup>(2)</sup>, M. Monserrat García<sup>(1)</sup>, E. Salamanca Rivera<sup>(1)</sup>, R. Pérez Cano<sup>(1)</sup>

Servicios de <sup>(1)</sup> Medicina Interna B, <sup>(2)</sup> Medicina Interna A.  
Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

**OBJETIVOS:** Conocer las características de la población de pacientes de una Consulta Multidisciplinar de Lesiones Isquémicas Crónicas y evaluar posibles actitudes terapéuticas a aplicar en la misma. Dicho estudio pretende ser el punto de partida de diferentes trabajos descriptivos a corto plazo y de actuaciones sobre dicha población a medio-largo plazo de acuerdo a las guías y recomendaciones existentes en cada momento.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio retrospectivo sobre 100 pacientes que acudieron a nuestra consulta multidisciplinar de arteriopatía periférica en miembros inferiores escogidos de manera aleatoria. Se diseñó de forma consensuada entre los médicos de dicha consulta un cuestionario para recoger las distintas variables, con el objetivo de poner en marcha un registro informatizado de pacientes con arteriopatía periférica en miembros inferiores. El análisis estadístico de los datos se llevó a cabo con el programa SPSS v12.0.

**RESULTADOS:** La edad media fue de 70 años, con un 56,9% de hombre y un 43,1% de mujeres. Los factores de riesgo cardiovascular más prevalentes fueron el tabaquismo (59%), la hipertensión (62%), diabetes mellitus (71%), y las dislipemias (42%). En su primera visita, el 65% ya estaban diagnosticados de enfermedad arterial periférica. Entre los pacientes hipertensos, un 62,3% fue tratado con IECA/ARA II, el 50,8% con diuréticos, y el 27,9% con antagonistas del calcio. De los pacientes afectados de diabetes mellitus, un 63,4% recibieron tratamiento con antidiabéticos orales, y un 54,9% insulina. En la primera visita se observó entre

los actos quirúrgicos previos en estos pacientes que un 22% había sufrido la amputación de al menos un dedo, un 17% había sufrido una amputación supracondílea unilateral, y un 3% presentaba una amputación supracondílea bilateral.

**DISCUSIÓN:** En el estudio *INTERHART* se demuestra a nivel mundial que más del 90% del riesgo vascular atribuible poblacional se explica por nueve factores: dislipemia, tabaquismo, hipertensión arterial, diabetes, obesidad abdominal, consumo de frutas y vegetales, consumo de alcohol y ejercicio físico. La pasividad del profesional médico a la hora de aplicar las indicaciones de las guías terapéuticas, el mal cumplimiento del tratamiento y la adquisición de hábitos erróneos por parte del paciente junto con el limitado efecto de la farmacopea existente explican el constante aumento de la prevalencia de la enfermedad arterial periférica. Incluso en una consulta especializada y multidisciplinar como la que aquí describimos hay pacientes que escapan a nuestro control y que avanzan inexorablemente en su enfermedad. El fin que este estudio descriptivo que hemos iniciado persigue es mejorar dicho control y frenar el avance de la enfermedad. Una última cuestión que nos planteamos, y que será objeto de futuros estudios, es si informar de forma completa al paciente del seguimiento multidisciplinar que se le está aplicando mejora los índices de cumplimiento terapéutico.

**CONCLUSIONES:** Se requiere un control intensivo de los factores de riesgo vascular atribuibles a la población. Es preciso el seguimiento e individualización particular de las guías terapéuticas existentes a cada paciente.

## IC-11

# ASPECTOS CUALITATIVOS DE LA ASISTENCIA PRESTADA A PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA

A. Ruiz Cantero, M. Maíz Jiménez, M. Godoy Guerrero, V. Vega Blanco, R. Mata Aparicio, F. Salgado Ordóñez, V. Díaz Morant, M. Montoro Ortiz

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

**OBJETIVOS:** Valorar la asistencia prestada a pacientes con diagnóstico principal de insuficiencia cardiaca (IC).

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Se analizan los pacientes dados de alta con diagnóstico principal de IC durante el año 2005. Variables de estudio: edad, sexo, estancia media, número de ingresos durante el año, reingreso (mismo motivo y menos de 30 días), exitus, comorbilidad (índice de Charlson), realización de ecocardiograma, clase funcional de IC, fibrilación auricular (FA), anticoagulación oral (ACO), medicación al alta con inhibidores ECA (IECA) o antagonistas receptores angiotensina II (ARA II), diuréticos, beta-bloqueantes, y medidas higiénico-dietéticas. Se realizan cálculo de medias, medianas, modas, porcentajes y comparación de proporciones por ji al cuadrado.

**RESULTADOS:** El total de pacientes que presentaron IC fue de 256. Se emitió al alta diagnóstico principal de IC en 137 casos (53,5%), con edad media de 76,91 años, mediana 77. Sexo: mujeres, 78 (56,9%) y edad media de 78,04 años; varones 59 (43,1%), con media de edad de 75,42 años. Estancia media: 9,58 días. Exitus: 23 (16,8%), con edad media de 79,78 años y mediana de 81; mujeres 11 (14,1%) y varones 12 (20,33%), sin diferencia estadísticamente significativa ( $p=0,333$ ). Ingresan durante el año en más de una ocasión 7 pacientes y reingresan 6 (4,37%). Índice de Charlson, mediana y moda 6 (1-12), en mujeres, mediana de 5,5 y moda 6, y en varones 6 en ambas; los fallecidos, mediana de 7. Se constató el ecocardiograma en el informe

de alta en 58 casos (42,3%), en mujeres, 37 (47,43%), y en varones, 21 (35,59%), sin diferencia significativa ( $p=0,164$ ). Fueron dados de alta con vida 114 pacientes, en los que se especificó la clase funcional en el informe de alta en 42 casos (36,8%). Con FA 59 (51,7%), a los que se prescribe ACO en 47 (79,6%). IECA o ARA II en 91 casos (79,8%). Diuréticos en el 100%. Beta-bloqueantes en 50 (43,8%) y recomendaciones higiénico-dietéticas en 96 (84,2%).

**DISCUSIÓN:** Los pacientes hospitalizados en nuestro Servicio de Medicina Interna con diagnóstico principal de IC corresponden más frecuentemente a mujeres cercanas a la octava década de la vida, con comorbilidad elevada. La estancia media es ligeramente superior a las correspondientes del estándar en los GRD 127 y 544. Los pacientes que fallecen presentan una edad superior y comorbilidad mayor, sin que existan diferencias en cuanto al sexo. Deben mejorarse los informes de alta para poder evaluar la correspondencia de prescripción farmacéutica con el ecocardiograma y la clase funcional de la IC. De todas formas, dicha prescripción se ajusta a las normas de calidad de los Procesos Asistenciales Integrados de la Consejería de Salud.

**CONCLUSIONES:** 1. La IC es más frecuente en mujeres y cercanas a los 80 años. 2. Los exitus suponen un 17% aproximadamente. 3. La comorbilidad es elevada. 4. Existen oportunidades de mejora respecto a la disminución de la estancia media y realización de informes de alta y constatación de ecocardiograma.

## IC-12

# INSUFICIENCIA CARDIACA: ADECUACIÓN DEL TRATAMIENTO EN LA UNIDAD DE CONTINUIDAD ASISTENCIAL DEL HOSPITAL EL TOMILLAR DE SEVILLA

E. de Villar Conde<sup>(1)</sup>, A. Romero Alonso<sup>(1)</sup>, J. Cuesta Gaviño<sup>(1)</sup>, R. López Alonso<sup>(2)</sup>,  
A. Aguirre Palacio<sup>(2)</sup>, R. Ruiz Tárraga<sup>(3)</sup>, E. Gómez Camacho<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup> UCA-Medicina Interna. Hospital El Tomillar. Dos Hermanas (Sevilla).

<sup>(2)</sup> UCA-Medicina Interna. Hospital de Valme. Dos Hermanas (Sevilla).

<sup>(3)</sup> Documentación Clínica. Hospital de Valme-Hospital El Tomillar. Dos Hermanas (Sevilla).

**OBJETIVOS:** Medir la adecuación de prescripción a enfermos dados de alta tras ingreso en insuficiencia cardiaca: adecuación de la prescripción de beta-bloqueantes (BB), IECA o ARA II en 2005.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Se seleccionan las altas entre el 1 de enero y el 31 de diciembre 2005 (descriptores de búsqueda: GDR 127 y 544). Adecuación 1 (tratamiento): BB + IECA o ARA II. Adecuación 2: BB no IECA o ARA II. Adecuación 3: IECA o ARA II, no BB. Inadecuación: ausencia injustificada de BB e IECA o ARA II (variables dependientes). Se consideraron, además, las variables edad, padecimiento de demencia, cáncer avanzado y médico (variables independientes). ANÁLISIS: Estratificado de adecuación por médico. Para cada médico: índice de adecuación relativa. Modelo de regresión logística para calcular los predictores de adecuación.

**RESULTADOS:** 317 informes de alta, se analizan 224 (71%). Cálculo: % de inadecuación y adecuación por médico e índices relativos de adecuación. Se ordenan de mayor a menor dichos índices (10/50, 11/11,60, 3/8,20, 7/6,44, 1/2,35, 8/2,38, 9/2,22, 4/1, 5/0,82, 6/0,61, 2/0,33). El único predictor de inadecuación fue el médico prescriptor.

**DISCUSIÓN:** El alto porcentaje general de adecuación (82,6%) en la prescripción a los enfermos en insuficiencia

cardiaca por los médicos de UCA-El Tomillar aporta, sin embargo, un conocimiento superficial del fenómeno. Los cálculos bien ajustados al comportamiento clínico de cada médico respecto a unas normas claras de fuerte impacto en morbimortalidad y alto respaldo científico permiten un mejor conocimiento. En particular, permiten un balance mejor ponderado de cómo y cuánto la singularidad influye en el todo. Poder actuar sobre parcelas concretas del conocimiento en base a carencias detectadas, o bien poder hacer un justo reparto de los incentivos al rendimiento profesional, son, entre otras, dos importantes ventajas de evaluar con precisión el comportamiento técnico del médico.

**CONCLUSIONES:** 1. La prescripción a los pacientes en insuficiencia cardiaca por parte de los médicos de UCA-El Tomillar fue en 2005, globalmente, de un nivel alto (82,6%). 2. El estudio estratificado por médico de la adecuación en la prescripción de IECA y BB permite conocer con precisión la aportación personal de cada médico al cómputo global de adecuación. 3. La mayor precisión de estos datos permite un mejor cálculo de las necesidades de información técnica. 4. Además, dicha estratificación permitiría ponderar mejor cuestiones tan importantes como la distribución de incentivos por rendimiento profesional.

## IC-13

## ¿SIRVEN LOS CRITERIOS CLÍNICOS DE FRAMINGHAM PARA PREDECIR DISFUNCIÓN SISTÓLICA EN EL ECOCARDIOGRAMA?

M. Camacho Fernández, A. Valiente Méndez, B. Escolano Fernández, R. Fernández Ojeda, N. Lara Sires, V. Morales Caballero de León, J. García Mata, M. Aguayo Canela

Servicio de Medicina Interna A.  
Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

**OBJETIVOS:** Describir en qué proporción aparecen los distintos criterios clínicos de Framingham en los pacientes geriátricos ingresados con insuficiencia cardiaca (IC) en un Servicio de Medicina Interna, y evaluar su relación con la existencia o no de disfunción sistólica en la ecocardiografía-Doppler.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Con carácter prospectivo se han recogido, en un periodo de 3 meses (enero a marzo de 2006), a todos los pacientes mayores de 65 años ingresados en nuestro servicio y, finalmente, diagnosticados al alta de insuficiencia cardiaca, valorando en una hoja de recogida de datos –por un evaluador independiente a su médico– los criterios clínicos de Framingham de insuficiencia cardiaca y diversos parámetros ecocardiográficos, entre ellos la fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI). Algunos de los criterios clínicos se excluyeron del estudio, por no recogerse

ecocardiográfico detectó FE < 50% en 19 pacientes (46,3%). Los criterios clínicos presentes en cada grupo se muestran en la Tabla adjunta. Ninguno de ellos, de manera aislada, se asoció con la presencia de disfunción sistólica, y tampoco en la regresión logística multivariante. Un análisis *cluster* no jerárquico determinó dos grupos clínicos que no mostraron ninguna correlación con los establecidos por la FEVI.

**DISCUSIÓN:** Encontramos una tasa de disfunción sistólica similar a la comunicada en grandes series (entre el 40 y el 50%), y que los datos clínicos de IC con disfunción sistólica son indistinguibles de los de IC con FEVI preservada, confirmando lo descrito en otros estudios. En la muestra analizada los síntomas más frecuentemente hallados (ortopnea/DPN, edemas maleolares, disnea de esfuerzo y estertores) son también los menos específicos para IC, sobre todo en nuestros pacientes, geriátricos y pluripatológicos, donde

Proporción de pacientes con criterios clínicos según la FE en ecocardiografía. Se muestran sólo aquellos signos/síntomas más prevalentes				
	FE >o = 50%	FE < 50%	Todos	p (test de Fisher)
Ortopnea/DPN	21 (95,5%)	14 (73,5%)	35 (85,37%)	0,063
Edemas maleolares (bilat.)	17 (77,3%)	14 (73,7%)	31 (75,61%)	0,54
Disnea de esfuerzo	21 (95,5%)	18 (94,7%)	39 (95,12%)	0,72
Estertores crepitantes	13 (59,1%)	14 (73,7%)	27 (65,85%)	0,26
Cardiomegalia en RX	15 (68,2%)	12 (63,3%)	27 (65,85%)	0,49
Derrame pleural en RX	11 (50%)	9 (47,4%)	20 (48,78%)	0,56

rutinariamente (presión venosa central, tiempo circulatorio, capacidad vital pulmonar y pérdida de peso). A efectos de comparación se han definido dos grupos, con y sin disfunción sistólica, estableciendo el punto de corte en una FEVI del 50%. Para el análisis estadístico se recurrió a los programas SPSS 13.0 (regresión logística y análisis *cluster*) y EPI-INFO 6.0 (test exacto para proporciones).

**RESULTADOS:** Analizamos 41 pacientes, con una edad media de 75,6 años (rango: 65-92), de los cuales 23 eran mujeres (56,1%) y 18 eran hombres (43,9%). El estudio

con frecuencia coexisten patologías respiratorias, vasculares y otros factores (como la inmovilización prolongada) que pudieran justificar su presencia. Por todo ello, creemos más que justificada la realización de un ecocardiograma para el diagnóstico y manejo clínico de estos pacientes.

**CONCLUSIONES:** En pacientes ancianos ingresados por insuficiencia cardiaca, los síntomas y signos empleados como criterios de Framingham no permiten predecir la presencia o no de disfunción sistólica establecida por la FEVI en ecocardiografía.

## IC-14

## USO DE IECA, ARA II Y BETA-BLOQUEANTES EN PACIENTES GERIÁTRICOS INGRESADOS CON INSUFICIENCIA CARDIACA CRÓNICA

A. Valiente Méndez, M. Camacho Fernández, R. Fernández Ojeda, B. Escolano Fernández,  
A. Prados Gallardo, V. Morales Caballero de León, P. Retamar Gentil, M. Aguayo Canela

Servicio de Medicina Interna A.  
Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

**OBJETIVOS:** Describir el uso de fármacos beta-bloqueantes e inhibidores del eje renina-angiotensina (IECA y ARA II) en pacientes geriátricos con insuficiencia cardiaca crónica (ICC), ingresados por un episodio de descompensación.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Se ha analizado, durante un periodo de 3 meses (enero a marzo de 2006), a todos los pacientes mayores de 65 años con ICC ingresados en nuestro servicio por un episodio de descompensación. Se registraron múltiples variables demográficas y clínicas, así como de toda la medicación recibida. Se evaluó la tasa de prescripción de beta-bloqueantes, IECA y ARA II al ingreso (informes médicos y/o envases de medicamentos aportados) y al alta hospitalaria (informe clínico), por un evaluador independiente al médico responsable de cada paciente. Se analizaron posibles variables predictoras del empleo de estas medicaciones, mediante estudios univariantes y posterior regresión logística múltiple.

**RESULTADOS:** La muestra final estuvo constituida por 30 pacientes (18 mujeres y 12 hombres). La edad media fue de 76,47 (rango de 65 a 92 años). El 53,3% había tenido al menos un ingreso hospitalario previo en el último año. El 43,3% eran diabéticos y el índice de comorbilidad de Charlson mostró una mediana de 4 (rango de entre 1 y 7). Sólo 13 pacientes venían tomando un IECA antes de ingresar (43,3%), la mayoría a dosis bajas, 8 un fármaco ARA II (26,7%) y 8 un beta-bloqueante (26,7%). Si consideramos cualquiera de los fármacos inhibidores del eje R-A, la tasa de prescripción –antes del ingreso– sería del 66,7%. No se encontró relación entre el uso de estos últimos fármacos y la edad del paciente o la existencia de insuficiencia renal, diabetes, disfunción sistólica o ingresos hospitalarios previos. Al alta (se evaluaron 28 pacientes, hubo 2 exitus), se prescribió tratamiento con algún IECA o ARA II en el 78,6% (22 pacientes) y con un beta-bloqueante en el 28,6% (8 pacientes). No se encontró relación entre la indicación de beta-bloqueantes y la edad del paciente o la existencia de EPOC, arteriopatía periférica, cardiopatía isquémica o diabetes.

**DISCUSIÓN:** Las recomendaciones actuales del tratamiento de la ICC incluyen el uso de diuréticos (cuando hay síntomas congestivos y retención hidrosalina), IECA (o alternativamente un ARA II) y beta-bloqueantes –salvo contraindicación–, porque mejoran los síntomas y tienen influencia positiva en el pronóstico. Sin embargo, la transferencia de estas recomendaciones (GPC) a la realidad sigue siendo escasa. Grandes estudios epidemiológicos (ADHERE, Euro-HF) siguen detectando bajas tasas de uso de IECA (40%), ARA II (12%) y beta-bloqueantes (48% en estudios americanos; 37% en europeos). Los datos de nuestro pequeño estudio corroboran estas prácticas y coinciden con otros trabajos en nuestro ámbito nacional. Parece que hay una tendencia a emplear más extensamente los IECA o los ARA II, pero nos manejamos con más cautela cuando se trata de utilizar los beta-bloqueantes, lo que podría explicarse en parte por una razonable espera, tras el alta hospitalaria, a conseguir la euvolemia y la estabilización clínica de la IC, o podría relacionarse con las características clínicas de los pacientes que atendemos los internistas, con una elevada tasa de pluripatológicos, en los que su uso estaría limitado por los efectos secundarios y contraindicaciones formales, aunque no lo hayamos demostrado, por falta de potencia estadística.

**CONCLUSIONES:** Existe un margen de mejora en la prescripción de fármacos que han demostrado su utilidad en pacientes con ICC. A pesar de que observamos que existe una tendencia a incrementar el uso de IECA o ARA II tras un ingreso hospitalario por descompensación, no ocurre lo mismo con el empleo de beta-bloqueantes. Probablemente esto se pueda justificar, en parte, porque atendemos preferentemente a una población senil y pluripatológica, para la que las recomendaciones de las GPC tienen limitaciones, pero debemos investigar si estamos privando a un subgrupo de pacientes con ICC de una opción terapéutica efectiva y segura.

## IC-15

### INSUFICIENCIA CARDIACA Y APLICABILIDAD DE LOS RESULTADOS DE ENSAYOS CLÍNICOS

M. Ramos Cantos<sup>(1)</sup>, M. Guil García<sup>(1)</sup>, M. Martín Pérez<sup>(1)</sup>, L. Montero Rivas<sup>(1)</sup>, S. Fernández Sepúlveda<sup>(1)</sup>, C. de la Torre Solís<sup>(2)</sup>, E. Santín Piñero<sup>(1)</sup>, C. San Román Terán<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup> Medicina Interna. Hospital Comarcal de la Axarquía. Vélez Málaga (Málaga).

<sup>(2)</sup> ZBS La Viñuela. Distrito Sanitario de La Axarquía (Málaga).

**OBJETIVOS:** Conocer el porcentaje de pacientes diagnosticados de insuficiencia cardiaca (IC) al alta hospitalaria del Servicio de Medicina Interna del Hospital de la Axarquía que podrían ser incluidos en algunos de los ensayos clínicos más difundidos sobre mortalidad en IC con función ventricular deprimida.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Se analizaron los informes clínicos de alta con diagnóstico de IC (GRD 127 y 544) en el periodo comprendido entre enero y marzo de los años 2002, 2004 y 2005. Se consideraron candidatas a inclusión pacientes que no presentaban contraindicación general para ensayos clínicos que han demostrado aumento de la supervivencia en la IC con disfunción sistólica: SOLVD con IECA, RALES para espirolactona y SENIORS para beta-bloqueantes. Se consideró para RALES y SOLVD criterio de inclusión fracción de eyección < 35%, criterios de exclusión edad > 80 años, valvulopatía, EPOC, insuficiencia renal (creatinina > 2 mg/dL), neoplasia, uso de IECA previos. El estudio SENIORS considera criterio de inclusión edad > 70 años y fracción de eyección < 35% con criterios de exclusión uso de beta-bloqueantes, insuficiencia renal, valvulopatía, neoplasia.

**RESULTADOS:** De un total de 133 episodios de insuficiencia cardiaca, 76 (56%) tenían documentada ecocardiografía

durante el episodio de ingreso. La edad media era de 74,8 años y el 57,1% eran mujeres. Sólo 19 (25%) presentaban fracción de eyección < 35%. De ellos, 17 (89,5%) usaban previamente IECA, 8 (42%) tenían enfermedad coronaria previa, 2 presentaban valvulopatía, 2 insuficiencia renal, 2 neoplasias, 2 eran > 80 años. Ninguno de los 19 pacientes podría haberse incluido en ensayos clínicos, como RALES y SOLVD. Si analizamos el estudio SENIORS que incluye a mayores de 70 años, tendríamos 12 con fracción de eyección < 35%, de los cuales 7 (58,3%) tomaban beta-bloqueantes (1 de los cuales, además, presentaba insuficiencia renal), 1 neoplasia, 1 valvulopatía, por lo que sólo 3 pacientes podrían estar incluidos en este ensayo clínico.

**CONCLUSIONES:** Los pacientes a los que asistimos en Medicina Interna de nuestro hospital en la práctica clínica se alejan considerablemente de los que se analizan en los ensayos clínicos. Los efectos beneficiosos de los diversos grupos farmacológicos son muy evidentes en dichos ensayos, pero las características basales de los pacientes a los que asistimos son muy diferentes a la de los ensayos clínicos, por lo que la generalización de los resultados debe ser manejada con cierta cautela, ya que, por lo menos en nuestro caso, la eficacia teórica podría no corresponderse exactamente con la efectividad real.

## IC-16

### PERFIL DE LOS PACIENTES CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA EN UN HOSPITAL PEQUEÑO

L. Montero Rivas, M. Guil García, M. Martín Pérez, M. Ramos Cantos, S. Fernández Sepúlveda, J. Pérez Díaz, E. Santín Piñero, C. San Román Terán

Servicio de Medicina Interna.

Hospital Comarcal de La Axarquía. Vélez-Málaga (Málaga).

**OBJETIVOS:** Determinar el perfil del paciente ingresado en el Servicio de Medicina Interna de un hospital pequeño (comarcal de 206 camas) con el diagnóstico de cardiopatía isquémica (CI).

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Se analizaron los informes de alta (IA) de los pacientes con el diagnóstico de CI (GDR 121,

122, 123, 124, 125 y 140), del periodo comprendido entre 1/01 y 31/03 en los años 2002, 2004 y 2005. Se valoraron características sociodemográficas, tratamientos previos al ingreso, patologías previas, aspectos clínicos, intervenciones intrahospitalarias y tratamientos al alta médica. Se aplicó

análisis estadístico con el paquete SPSS-11, estudio bivariante  $\chi^2$  y *t* de Student para diferencias de medias.

**RESULTADOS:** Se recogieron un total de 185 IA, durante los periodos anteriormente descritos (55 en 2002, 63 en 2004, y 67 en 2005); 135 hombres (73%), 50 mujeres (27%). La edad media fue de 67,63 años, siendo para las mujeres de

destacan en la **Tabla 1**. En los tratamientos al alta a lo largo de los 3 años destaca el cambio del uso del clopidogrel (de 20% a 63,5%), de los beta-bloqueantes (de 63,6% a 73%), de las estatinas (de 41,8% a 57,1%), las recomendaciones de cambio de estilo de vida (de 59% a 79,1%), de los calcioantagonistas (de 21,8% a 11,9%).

	Hombres	Mujeres	p
Ergometría 48 (27,6%)	40,60%	8,50%	< 0,001
Ecocardiografía 122 (70,1%)	71,70%	66,00%	ns
Hemodinámica 65 (37,1%)	40,60%	27,70%	ns
Gammagrafía 17 (9,8%)	8,70%	12,80%	ns

73,28, y para los hombres de 65,53 ( $p < 0,05$ ). La estancia media fue de 8,21 días. El perfil del paciente presentaba como datos más relevantes HTA 48%, antecedentes de cardiopatía isquémica en 42%, valvulopatía 11,3%, antecedentes de ICC 7,1%, diabetes mellitus 30,2%, EPOC 16,7%, hipercolesterolemia 44,3%, ACVA previo 6,1% y tabaquismo 87,6%. Los tratamientos previos no se recogieron en 74 casos (40%). Presentaban dolor torácico 162 (93,1%), cortejo vegetativo 86 (46,5%), alteraciones enzimáticas 102 (55,1%), alteraciones EKG 129 (69,7%). Las intervenciones intrahospitalarias se

**CONCLUSIONES:** 1. La cardiopatía isquémica es más frecuente y precoz en los varones. 2. Seguimos indicando menos ergometrías en las mujeres y continúa disminuyendo esta exploración en ambos sexos. 3. Sigue existiendo un gran campo de mejora en la cumplimentación de los IA que adolecen de una más completa descripción de los tratamientos previos al ingreso y de la explicación detallada de las actitudes que no se corresponden con las recomendaciones de las guías actualizadas. 4. El uso terapéutico se va adecuando lenta y progresivamente a las citadas recomendaciones.

## IC-17

### CUATRO AÑOS DE INSUFICIENCIA CARDIACA EN UN HOSPITAL PEQUEÑO

M. Ramos Cantos<sup>(1)</sup>, M. Guil García<sup>(1)</sup>, M. Martín Pérez<sup>(1)</sup>, L. Montero Rivas<sup>(1)</sup>, S. Fernández Sepúlveda<sup>(1)</sup>, E. Santín Piñero<sup>(1)</sup>, C. de la Torre Solís<sup>(2)</sup>, C. San Román Terán<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup> Servicio de Medicina Interna. Hospital Comarcal de La Axarquía. Vélez-Málaga (Málaga).

<sup>(2)</sup> ZBS La Viñuela. Distrito Sanitario de La Axarquía (Málaga).

**OBJETIVOS:** Conocer el perfil del paciente ingresado con el diagnóstico de la insuficiencia cardiaca (IC), en el Servicio de Medicina Interna de un hospital comarcal (206 camas), prestando atención a los cambios acaecidos en el tiempo.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Se analizaron los informes de alta (IA) de los pacientes con el diagnóstico de IC (GRD 127 y 544) en el periodo comprendido del 01-01 al 31-03 de los años 2002, 2004 y 2005. Se valoraron características sociodemográficas, patologías previas, tratamientos previos al ingreso, intervenciones intrahospitalarias y tratamientos al alta. Se utilizó el paquete estadístico SPSS-11 con chi al cuadrado para el análisis bivariante y *t* de Student para las diferencias de medias.

**RESULTADOS:** Se obtuvieron 133 IA (43 de 2002, 42 de 2004 y 48 de 2005). 76 (57,1%) mujeres y 57 (42,9%) hombres. Edad media: 74,8 años (rango: 44-99, mediana: 75,

sin significación por sexo). Estancia media de 10,26 días. El perfil del paciente presentaba como datos más relevantes HTA 73,7%, DM 44,4%, enfermedad coronaria 35,3%, FA 48%, hemoglobina < 12g 46,3% (50/108), hipercolesterolemia 23,3% (14/60), insuficiencia renal (creatinina > 2mg/dL) 9,6% (12/125). Los tratamientos previos al ingreso únicamente se recogían en el 50% de los informes. La utilización de pruebas diagnósticas fue ecocardiografía en 53%, hemodinámica 1,5%, gammagrafía 1,5%. Se ha incrementado la utilización de recomendaciones higiénico-dietéticas de menos del 40% en 2002 a 91,8% en 2005 ( $p < 0,001$ ). Las medidas terapéuticas al alta a lo largo de los años estudiados se ven en la **Tabla 1**. 22 pacientes (41,5%) no se hipocogularon presentando FA, 16 (30,2%) se digitalizaron sin presentar FA, a 62 (47%) no se les realizó ecocardiografía. De las realizadas, el 41,3% fue a mujeres y el 68,4% a hombres ( $p < 0,002$ ).

**CONCLUSIONES:** 1. Ausencia en los IA de datos relevantes previos al ingreso (tratamientos previos, hábitos, enfermedades concomitantes). 2. Al 47% de los pacientes

de las recomendaciones higiénico-dietéticas y el uso de beta-bloqueantes. 4. Seguimos registrando diferencias significativas en la realización de ecocardiografías con relación

	Año 2002	Año 2004	Año 2005	Significación
IECA	34 (81,0%)	33 (91,7%)	34 (82,9%)	ns
Beta-bloqueantes	9 (21,4%)	4 (11,1%)	17 (41,5%)	p = 0,005
Digoxina	19 (45,2%)	13 (36,1%)	18 (43,9%)	ns
ARA 2	5 (11,9%)	1 (2,8%)	3 (7,3%)	ns
Nitratos	28 (66,7%)	2 (5,6%)	1 (2,4%)	p < 0,001
Espironolactona	14 (33,3%)	10 (27,8%)	14 (34,1%)	ns
Antiagregantes	23 (54,8%)	17 (47,2%)	17 (41,5%)	ns
Estatinas	5 (12,2%)	5 (14,3%)	7 (17,1%)	ns

ingresados por IC no se les realiza ecocardiografía y no se hipocoagulan el 41,5% de las FA sin especificar el motivo. El 46,6% presenta anemia. 3. Se ha incrementado el uso

al género. 5. Se justifican plenamente las intervenciones permanentes orientadas a conseguir mejorar la información contenida en los IA.

## IC-18

### ANÁLISIS DEL COMPORTAMIENTO DEL GRD 127 –INSUFICIENCIA CARDIACA– EN ANDALUCÍA PARA EL AÑO 2002

M. Lea Pereira<sup>(1)</sup>, J. García Torrecillas<sup>(2)</sup>, E. Milla Álvarez<sup>(1)</sup>, A. Lozano Serrano<sup>(1)</sup>, J. Muñoz Alonso<sup>(1)</sup>, R. Cotos Canca<sup>(1)</sup>, J. Salas Coronas<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup> Servicio de Medicina Interna. EP Hospital de Poniente. El Ejido (Almería).

<sup>(2)</sup> Urgencias y Cuidados Críticos. Complejo Hospitalario Torrecárdenas (Almería).

**OBJETIVOS:** PRINCIPAL: Evaluar el comportamiento del GRD 127 (insuficiencia cardiaca, ICC) en Andalucía durante el año 2002 en mayores de 45 años. SECUNDARIOS: Determinar la variabilidad en función del sexo y los factores asociados a estancia superior a la media.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** DISEÑO: Descriptivo, transversal, no concurrente. MATERIAL Y MÉTODOS: Todos los pacientes mayores de 45 años ingresados en Andalucía calificados de GRD 127 –ICC– durante 2002. Fuente: CMBD 2002. Variables principales: edad, sexo, estancia, número de diagnósticos al alta (NDA), número de procedimientos (NP), estancia superior a la media (ESM).

**RESULTADOS:** 7.893 ingresos (58% mujeres). Edad (años): 75,98 ± 0,14 mujeres *vs.* 72,29 ± 0,17 varones; p < 0,0001. Estancia (días): 8,2 ± 0,12 mujeres *vs.* 7,03 ± 0,12 varones;

p < 0,0001. Ingresos urgentes 93,5%. Tasa de exitus: 8,5%. Procedencia: Seguridad Social 93,1%. NDA: 1,97 ± 0,3 mujeres *vs.* 2,02 ± 0,3 varones; p < 0,0001. NP: 1,96 ± 0,22 mujeres *vs.* 1,52 ± 0,26 varones; p = 0,01. El 35,1% de varones tienen ESM *vs.* un 39,2% de mujeres, p < 0,0001. Franja etaria de 65 a 74 años: el 33,6% de los que tienen ESM pertenecen a ella *vs.* un 31% de los que no tienen ESM, p = 0,037. Un 80,9% de ESM tienen > 5 diagnósticos *vs.* un 19,1% que tienen < 4 diagnósticos; p = 0,04. El 61,8% de exitus son mujeres *vs.* 38,2% de varones; p = 0,047.

**CONCLUSIONES:** Ingresan por ICC más mujeres, con edad, estancia media, tasa de exitus y NP al alta superiores a las de los varones, pero menor NDA. Se asocia a ESM pertenecer a la franja etaria de 65 a 74 años y tener más de 5 diagnósticos al alta.

## IF-01

# SEGURIDAD Y EFICACIA DE LA COMBINACIÓN DE METOTREXATE Y LEFLUNOMIDA A BAJAS DOSIS EN EL TRATAMIENTO DE LA ARTRITIS REUMATOIDE

M. Pérez Ramos, Y. Abu el Wafa Vaca, P. Sosa Rojas, M. del Castillo Madrigal, A. Benavente Fernández, M. Romero Jiménez, J. Ramos-Clemente Romero, A. Barrios Merino

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

**OBJETIVOS:** Valorar la eficacia clínica y la seguridad de la combinación de metotrexate y leflunomida, a bajas dosis, 10 mg diarios, en pacientes con artritis reumatoide que no han respondido a la monoterapia con metotrexate a una dosis de 20 mg. De forma secundaria, comprobar si se producía descenso en el consumo de AINE y/o esteroides.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Se evaluó durante 36 semanas a un grupo de 10 pacientes con artritis reumatoide (criterios ACR) atendidos en una consulta de Medicina Interna. Todos los pacientes fueron evaluados basalmente y a las 12, 24 y 36 semanas, recogiendo en todas las visitas escala analógica visual por el paciente (EVA), n.º de articulaciones dolorosas y tumefactas, VSG como marcador bioquímico de inflamación, realizándose el DAS 28 (índice actividad enfermedad). En todos los pacientes se mantuvo la dosis de metotrexate y se añadieron 10 mg de leflunomida diarios.

**RESULTADOS:** De los 10 pacientes incluidos 6 eran mujeres, con una edad media de 49,53 años, el tiempo medio de evolución de la enfermedad fue de 6,6 años para los pacientes con más de 2 años de evolución, y de 14,5 meses para los de menos. Todos los pacientes tenían factor reumatoide positivo y tan sólo 2 pacientes presentaban erosiones radiológicas. El EVA inicial fue de 75,56, descendiendo a 36,67 al final del seguimiento.

N.º de articulaciones dolorosas: 9,56 al inicio y 0,11 en la semana 36. N.º de articulaciones tumefactas: 3,78 inicial y 0 al final del seguimiento. La VSG media fue de 35 al inicio, con un descenso de hasta 13,33 al final del seguimiento. De la misma forma, el DAS 28 al comienzo fue de 5,66, con una disminución de hasta 2,36 en la semana 36. Ocho pacientes tomaban AINE al inicio; al final del seguimiento sólo 2 pacientes los consumían. Respecto a los corticoides, 6 pacientes tomaban deflazacor al inicio, disminuyendo a 1 en la semana 36.

**DISCUSIÓN:** Tras la asociación de leflunomida, 10 mg al día, a metotrexate hemos observado una magnífica respuesta clínica, con descenso de todas las variables analizadas, obteniéndose un DAS 28 < 3, 2 en todos los pacientes. De la misma forma, no hemos observado efectos secundarios relevantes con la asociación, tolerando todos los pacientes dicha combinación. Asimismo, hemos comprobado que existe un descenso en el consumo de AINE y esteroides debido a la respuesta conseguida.

**CONCLUSIONES:** La combinación de metotrexate y leflunomida consigue una respuesta clínica adecuada en pacientes que no han respondido a monoterapia con metotrexate. No hemos observado efectos secundarios significativos. Secundariamente se disminuye el consumo de AINE y esteroides.

## IF-02

# RENDIMIENTO DE LA PAAF EN EL ESTUDIO DEL NÓDULO TIROIDEO: ESTUDIO DESCRIPTIVO DE 105 CASOS

R. Quirós López, M. Martín Escalante, C. Romero Gómez, M. Delgado Fernández, L. Mérida Rodrigo, S. Domingo González, I. Escot Cabeza, J. García Alegría

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

**OBJETIVOS:** Evaluar el rendimiento de la punción aspiración con aguja fina (PAAF) en pacientes con diagnóstico de

nódulo tiroideo en una consulta de Medicina Interna.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio descriptivo a partir de

pacientes con diagnóstico de nódulo tiroideo en una consulta de Medicina Interna y en los que se realiza PAAF de tiroides en el periodo comprendido entre enero de 2002 y diciembre de 2003. Variables: edad, sexo, número de PAAF realizadas, diagnóstico citológico, complicaciones derivadas del proceso, necesidad de tratamiento quirúrgico, diagnóstico anatomopatológico, concordancia PAAF-pieza quirúrgica. Lugar: Hospital Costa del Sol, de Marbella.

**RESULTADOS:** En el periodo comprendido entre enero de 2002 y diciembre de 2003 se realizaron un total de 105 PAAF de tiroides. La edad media fue de 43,9 años, un 85,7% eran mujeres. En un 61,9% de los casos el nódulo de tiroides era objetivable a la palpación. En un 100% de los pacientes se realizó ecografía de tiroides de forma previa o en el momento de la PAAF. Respecto del número de PAAF realizadas, a un 60% de los pacientes se les practicó una única punción,

	N	%
Material coloide	39	37,1
Material hemático	12	11,4
Células de Hürtler	6	5,7
Proliferación folicular	36	34,3
Neoplasia papilar	6	5,7
Muestra insuficiente/Otras	6	5,7

mientras que el 40% restante precisaron dos o más punciones (27,9% dos punciones, tres a un 9,6%, y cuatro o más al 2,9%). Entre los 42 pacientes en los que se repitió la PAAF, en 28 casos (66,6%) fue por punción previa no diagnóstica, mientras que en 14 pacientes (33,3%) el procedimiento se repitió en el seguimiento del nódulo tiroideo. El diagnóstico citológico queda reflejado en la **Tabla 1**. Se indicó cirugía en 48 pacientes, interviniéndose finalmente 42 (6 casos no se operan por decisión del paciente); en este grupo, el diagnóstico definitivo del nódulo fue de carcinoma papilar en 3 pacientes (7,1%), carcinoma folicular en 2 sujetos (4,8%), adenoma oncocítico o de Hürthle en 6 casos (14,3%), adenoma folicular en 18 enfermos (42,9%), bocio adenomatoso en 4 (9,5%) y, por último, se registraron 8 casos con diagnóstico final de quiste coloide (19%). En 24 pacientes intervenidos (57,1%) existió concordancia PAAF-pieza quirúrgica, mientras que en los 18 casos (42,9%) restantes intervenidos el diagnóstico anatomopatológico fue distinto del establecido a partir de la PAAF. Entre las PAAF con resultado dudoso para malignidad (proliferación folicular) se registraron un 6,7% de neoplasias. No se registraron complicaciones inmediatas o posteriores relacionadas con la PAAF.

**CONCLUSIONES:** La PAAF es una técnica segura y que permite el diagnóstico citológico en un 87,5% de los casos a partir de una o dos muestras. En los casos de cáncer de tiroides existe concordancia entre la PAAF y el resultado anatomopatológico definitivo tras la cirugía. Los resultados citológicos claramente benignos y/o malignos permiten establecer pautas terapéuticas seguras para los pacientes.

## IF-03

# MANEJO DEL NÓDULO TIROIDEO EN UNA CONSULTA DE MEDICINA INTERNA: ESTUDIO DESCRIPTIVO DE 105 CASOS

M. Martín Escalante, R. Quirós López, J. Ruiz Mesa, L. Mérida Rodrigo,  
S. Domingo González, J. Aguilar García, F. Moreno Martínez, J. García Alegre

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

**OBJETIVOS:** Conocer resultados asistenciales, pruebas de imagen, diagnóstico histopatológico y tratamiento efectuado en pacientes con diagnóstico de nódulo tiroideo en una consulta de Medicina Interna.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio descriptivo de pacientes con diagnóstico de nódulo tiroideo. Lugar: Hospital Costa del Sol, Marbella. Periodo: 1/1/02 - 31/12/03. Análisis de variables demográficas, clínicas, diagnósticas y terapéuticas. El cálculo del volumen promedio del nódulo tiroideo se llevó a cabo a partir de la fórmula:  $1,33 \times \pi \times r^3$  ( $r$  = radio nódulo). Análisis: paquete estadístico SPSS 12.0. La asociación de las variables se estimó mediante los tests de Fisher y test  $t$  para la comparación de medias.

**RESULTADOS:** 105 pacientes se diagnosticaron de nódulo tiroideo, con una edad media de 43,9 años (41,1-46,7, IC 95%). Un 85,7% eran mujeres. El 25,7% contaba con antecedentes personales, destacando la existencia de nódulos tiroideos previos en un 8,6% del total de la muestra. En el 49,5% el nódulo fue advertido por el paciente, en el 32,3% de modo incidental, y en el 18,1% a partir de la exploración física. En la ecografía cervical un 21% de los casos presentaba un tiroideo aumentado de tamaño; el 39% de los nódulos resultaron sólidos, quísticos en un 19%, y en un 41,9% ambos componentes de forma indistinta. En un 11,4% de los casos el nódulo presentaba calcificaciones en su interior. El tamaño medio

de la lesión fue de 2,6 cm (2,42-2,91, IC 95%). El volumen medio fue de 14,4 cm<sup>3</sup> (10,4-18,5, IC 95%). Un 37,1% de los pacientes fueron sometidos a una gammagrafía de tiroides. En un 62,2% de los casos el nódulo presentaba un carácter gammagráfico frío, mientras que el 27% correspondía a un nódulo caliente. En un 10,8% de las gammagrafías no se pudo distinguir el comportamiento del nódulo de tiroides. El 100% de los pacientes fueron sometidos a estudio mediante PAAF del nódulo. El 60% de los enfermos precisaron una única PAAF del nódulo, un 27,6% recibieron dos punciones, un 9,5% tres, y el 2,9% cuatro o más. Los diagnósticos citológicos fueron material coloide (37,1%), proliferación folicular (34,3%), material hemático (11,4%), proliferación de células de Hürthle (5,7%), neoplasia papilar (5,7%) y en un 5,7% muestra insuficiente a pesar de repetidas PAAF. Se propuso cirugía a 48 pacientes en base a sus características clínicas, diagnóstico histopatológico y al carácter ecográfico y gammagráfico de la lesión. Finalmente se intervinieron 42 pacientes, siendo el diagnóstico definitivo del nódulo en estos casos: carcinoma papilar en 3 pacientes (7,1%), carcinoma folicular en 2 sujetos (4,8%), adenoma oncocítico o de Hürthle en 6 casos (14,3%), adenoma folicular en 18 enfermos (42,9%), bocio adenomatoso en 4 (9,5%)

y, por último, se registraron 8 casos con diagnóstico final de quiste coloide (19%). Entre las PAAF con resultado dudoso para malignidad (proliferación folicular) se registraron un 6,7% de neoplasias. Tras el análisis bivalente, el tamaño del nódulo superior a 3 cm de diámetro (RR= 2,54 [1,48-4,36; p= 0,04]) y la detección del nódulo de forma incidental (RR= 2,6 [1,55-4,57; p= 0,03]) quedaron relacionadas con el desarrollo de cáncer de tiroides. Finalmente, la incidencia acumulada de cáncer de tiroides en nuestra muestra fue del 5,3%.

**DISCUSIÓN:** El escaso recuento de neoplasias en nuestra muestra limita la posibilidad de estimación de riesgo de las diferentes variables asociadas a tal condición. Los resultados del análisis bivalente, si bien guardan significación estadística, deben ser interpretados con cautela y confirmados mediante estudios con un mayor número de pacientes.

**CONCLUSIONES:** La patología nodular tiroidea es más frecuente en la mujer joven. Si bien casi en la mitad de los casos el nódulo es detectado por el propio paciente, en uno de cada tres el diagnóstico es incidental. El tamaño de la lesión superior a 3 cm de diámetro y el ser detectado de forma incidental podrían ser condiciones asociadas a un mayor riesgo de neoplasia en el seno de un nódulo tiroideo.

## IF-04

# OSTEOMIELITIS TUBERCULOSA EXTRAVERTEBRAL EN PACIENTES INMUNOCOMPETENTES

M. Aguilar-Guisado<sup>(1)</sup>, N. Cid<sup>(2)</sup>, J. Palomino<sup>(1)</sup>, J. Haro<sup>(1)</sup>, N. Espinosa<sup>(1)</sup>, R. Luque<sup>(1)</sup>, M. Suárez<sup>(1)</sup>

Servicios de <sup>(1)</sup> Enfermedades Infecciosas, <sup>(2)</sup> Reumatología.  
Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Sevilla.

**OBJETIVOS:** La tuberculosis (TB) osteoarticular supone el 10% de las formas extrapulmonares de TB y el 1-3% de los

casos globales de TB. Las principales formas clínicas de TB osteoarticular son la osteomielitis (OM) vertebral y la artritis

Tabla 1. Descripción de los casos

	CASO 1	CASO 2	CASO 3	CASO 4	CASO 5
Edad	57	51	66	65	39
Localización	Fémur	Clavícula	Fémur	Pelvis	Húmero
Clínica	Dolor Tumefacción	Dolor Supuración Fístula	Dolor Meningitis	Dolor Febrícula	Dolor
Demora diagnóstica (meses)	36	40	4	1,5	24
Antec. TB/inmigración	No/No	No/No	No/No	No/No	Sí/No
Microbiología	ZN+ Low-	ZNLow+	ZNLow+	ZNLow+	ZNLow NR
Histología	Gran. caseif.	Gran. caseif.	Gran. caseif.	Gran. caseif.	Gran. no caseif.
Tto. quirúrgico	Sí	Sí	Sí	No	No
Evolución	Curación	Curación	Curación	Seguimiento	Curación

tis. La OM de origen TB (OMTB) y localización exclusiva extravertebral es una manifestación poco frecuente y comporta dificultad diagnóstica en pacientes inmunocompetentes. Nuestro objetivo fue analizar la epidemiología y clínica de la OMTB extravertebral en nuestro medio.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Análisis retrospectivo de los pacientes inmunocompetentes diagnosticados de OMTB extravertebral en nuestro servicio en el periodo 1989-2005, describiendo la epidemiología, clínica, tratamiento y evolución.

**RESULTADOS:** De entre 45 episodios de TB osteoarticular en pacientes sin infección VIH controlados en

nuestro servicio en el periodo 1989-2005, cinco (11,1%) pacientes (80% mujeres; 20% hombres) presentaron OMTB extravertebral. Las características se exponen en la Tabla 1.

**CONCLUSIONES:** La OMTB extravertebral es una forma poco frecuente de TB en pacientes inmunocompetentes. A pesar de la clínica de dolor focal, el diagnóstico suele hacerse de forma tardía, precisando de la asociación de estudio histológico y microbiológico específico. El pronóstico es bueno con tratamiento tuberculostático, precisando en algunas ocasiones cirugía coadyuvante.

## IF-06

# ESTUDIO DE LOS ANTICUERPOS ANTINUCLEARES (ANA) EN EL HOSPITAL SAN AGUSTÍN DE LINARES

M. Martín Armada<sup>(1)</sup>, R. Gato Morais<sup>(1)</sup>, M. Gómez Rodríguez<sup>(1)</sup>, J. Molina Santiago<sup>(2)</sup>, S. Hernández Márquez<sup>(1)</sup>, J. Garijo Forcada<sup>(1)</sup>

Servicios de <sup>(1)</sup> Medicina Interna, <sup>(2)</sup> Análisis Clínicos.  
Hospital San Agustín. Linares (Jaén).

**OBJETIVOS:** Estudiar el uso en la práctica clínica de los anticuerpos antinucleares (ANA) en nuestro hospital y, en especial, en nuestro Servicio de Medicina Interna.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Revisión de las historias clínicas de los pacientes a los que se les solicitaron ANA durante 2 meses consecutivos (diciembre de 2005 y enero de 2006) en nuestro hospital. Los ANA se determinan inicialmente por técnica de *enzyme-linked immunoabsorbent assay* (ELISA) y, en caso de ser positiva, posteriormente se practica prueba confirmatoria por inmunofluorescencia indirecta (IFI). El hospital cubre una población de 140.000 habitantes.

**RESULTADOS:** 1. El total de ANA realizados fue de 107 durante los 2 meses del estudio. 2. El 24,8% de los ANA se solicitaron en Medicina Interna (MI), 21,7% en A. Primaria (AP), 17,76% en Digestivo (D), 16,82% en Rehabilitación (R), 13,08% en Hematología (H), 2,80% en Neumología (N), 1,87% en Pediatría (P), y 1,87% en Cardiología (C). 3. Los ANA resultaron positivos en el 13,8% de los pacientes (14 casos). El Servicio de Hematología presentó el mayor porcentaje de resultados positivos, con un 28,57% (4/14), seguido del Servicio de Medicina Interna, con un 23,07% (6/26), Digestivo 15,78% (3/19) y Atención Primaria 4,34% (1/23). Ningún ANA resultó positivo en los Servicios de Rehabilitación, Neumología, Cardiología y Pediatría. 4. Los motivos por los que se solicitaron los ANA fueron, por orden de frecuencia: estudio de hepatopatía (18,69% de los casos), algias osteomusculares (14,95%), artralgias (14,95%), alteraciones en las cifras de plaquetas y/o leucocitos (11,21%), artritis (9,34%), causa desconocida (5,60%), VSG elevada (4,67%), anemia hemolítica autoinmune (2,80%), sospecha de LES (2,80%), fenómenos trombóticos (2,80%) y misce-

lánea (7,47%), incluyendo fenómeno de Raynaud, lesiones dérmicas, derrame pericárdico, dolor abdominal, sospecha de enfermedad inflamatoria intestinal y rinitis costrosa. 5. Por servicios, las alteraciones que más frecuentemente provocaron la petición de ANA han sido: hepatopatía en D (94,73% de los casos), algias en AP (69,56%), fenómenos trombóticos en C (50%), neumopatía intersticial en N (66,60%), artralgias en R (88,80%), alteraciones en las cifras de plaquetas y/o leucocitos en H (64,28%) y artritis en P (100%). 6. En MI las causas fueron: alteraciones en cifras de plaquetas y leucocitos (11,53%), causa desconocida (11,50%), VSG aumentada (11,50%), sospecha de LES (11,50%), hepatopatía (7,69%), artritis (7,69%) y varios que suponen un 34,61% y que incluyen dolor abdominal, rinitis costrosa, lesiones dérmicas, fenómeno de Raynaud, derrame pericárdico, fenómenos trombóticos y anemia hemolítica autoinmune. 7. Gracias a los ANA positivos se llegó al diagnóstico de 5 casos de LES (solicitados 3 en MI, 1 en H y 1 en AP) y dos casos de esclerodermia en H.

**CONCLUSIONES:** En nuestro hospital: 1. La mayoría de los ANA se solicitan fuera del servicio de MI (75,72%). 2. Las alteraciones por las que se solicitan los ANA son muy variadas, predominando el estudio de hepatopatías, alteraciones de cifras de plaquetas y leucocitos, VSG elevada, anemia hemolítica autoinmune como alteraciones analíticas y la existencia de algias osteomusculares, artralgias y artritis como síntomas-signos. 3. En MI no ha habido motivo predominante para la petición de ANA, mientras que en el resto de los servicios sí existió una causa predominante relacionada con la especialidad. 4. Se observó rentabilidad en la petición de los ANA en los servicios de MI y Hematología y no en el resto.

## IF-07

## PREVALENCIA, FORMAS DE PRESENTACIÓN Y EVOLUCIÓN DE LA TUBERCULOSIS EN UNA POBLACIÓN DE PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO

R. González León<sup>(1)</sup>, R. Garrido Rasco<sup>(1)</sup>, C. Ocaña Medina<sup>(1)</sup>,  
F. García Hernández<sup>(1)</sup>, I. Wichmann<sup>(2)</sup>, R. Colorado Bonilla<sup>(1)</sup>, J. Sánchez Román<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Servicio de Medicina Interna (Unidad de Colagenosis/Hipertensión Pulmonar); <sup>(2)</sup>Servicio de Inmunología.  
Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Sevilla.

**OBJETIVOS:** 1) Valorar las características clínicas, epidemiológicas, evolutivas y patología asociada en pacientes con tuberculosis (TBC) y lupus eritematoso sistémico (LES) controlados en nuestra unidad. 2) Identificar características diferenciales frente a pacientes con LES sin TBC. 3) Determinar si las formas más graves de TBC se relacionan con dosis mayores de glucocorticoides e inmunosupresores.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Análisis retrospectivo de 615 pacientes con LES identificando 13 casos de TBC. Comparación de éstos [Casos (LES/TBC+)] con el resto [Controles (LES/TBC-)] acerca de: a) características clínicas; b) datos de laboratorio; y c) tratamiento realizado.

**RESULTADOS:** De los 13 LES/TBC+, 81,8% fueron mujeres; edad media 36 años (DS 11,2). De los 602 LES/TBC-, 87,9% fueron mujeres; edad media de 30 años (DS 14,8). Prevalencia de TBC: 2,1%. Ocho pacientes (61,5%) presentaron formas extrapulmonares, de los que 4 (30,7%) fueron diseminadas. La afectación pulmonar fue bilateral en el 53,8%; patrón miliar en 15,4% y cavitación en 23,1%. Reacción de Mantoux positiva en 7/10 pacientes (70%). El diagnóstico se confirmó mediante aislamiento microbiológico (baciloscopia y/o cultivo) en 9 casos (69,2%); en los 4 restantes se basó en criterios clínico-radiológicos, anatomopatológicos, epidemiológicos y respuesta favorable a tratamiento específico. En el momento del diagnóstico de TBC, 7 pacientes (53,8%) estaban recibiendo tratamiento esteroideo, 5 (38,5%) no habían realizado en ningún momento tratamiento con corticoides (4 realizaban tratamiento con antipalúdicos y uno también tomaba metotrexate). Fallecieron 4 pacientes: 3 por sepsis y fracaso multiorgánico y 1 por insuficiencia respiratoria por diseminación broncogena. Comparando Casos y Controles no encontramos diferencias en las manifestaciones clínico-anatómicas salvo para el eritema nodoso/paniculitis (15,4% vs. 2,6%,  $p = 0,05$ ) y linfopenia (100% vs. 77,2%;  $p = 0,035$ ).

Valoración de autoanticuerpos: sobre sustrato Hep-2 se observó un patrón difuso en el 1% vs. 33,45% ( $p = 0,07$ ) y patrón mixto en 23% vs. 2,8% ( $p = 0,002$ ). Sobre sustrato triple, en cambio, no hubo diferencia significativa. La mortalidad observada por TBC en afectados fue del 30,8%.

**DISCUSIÓN:** Encontramos una elevada frecuencia de formas extrapulmonares (muy superior a la observada en población no-LES y semejante a la comunicada en otras series). Los pacientes con formas más graves recibieron dosis mayores de glucocorticoides. Las manifestaciones clínico-biológicas de los pacientes no diferían llamativamente de las observadas en controles, aunque la distribución de los distintos autoanticuerpos presenta algunas características diferenciales entre ambos grupos. La mortalidad observada por TBC en pacientes con LES resultó hasta 90 veces más alta que en la población general si tenemos en cuenta que la tasa de mortalidad por TBC en España en el año 2002 fue de 4/100.000 habitantes.

**CONCLUSIONES:** La prevalencia de TBC en nuestra serie es 2,1%, la más baja de otras series publicadas y comparable con la comunicada por otro grupo español. Las variaciones en la frecuencia de TBC en las distintas series son paralelas a la prevalencia de TBC en la población global de cada uno de los países considerados. Las formas extrapulmonares representaron el doble que en la población general. No encontramos diferencias en el tratamiento inmunosupresor e inmunomodulador recibido por ambos grupos, si bien los pacientes con dosis mayores de glucocorticoides presentaron formas más severas de TBC. Los pacientes del grupo LES/TBC+ presentaron con mayor frecuencia eritema nodoso/paniculitis ( $p = 0,05$ ) que el grupo LES/TBC-. No encontramos una mayor frecuencia de afectación articular y renal como comunican otros autores. La TBC en pacientes con LES supone una alta mortalidad (30,8% en nuestra serie).

IF-11  
SARCOIDOSIS SISTÉMICA.  
ANÁLISIS DE UNA SERIE DE 26 CASOS

E. Molano Tejada, S. Benito Conejero, I. Martín Suárez, A. Escalera Zalvide, E. Pujol de la Llave

*Servicio de Medicina Interna.  
Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva.*

**OBJETIVOS:** Analizar el perfil clínico, tratamiento y pronóstico, de los pacientes diagnosticados de sarcoidosis y seguidos en nuestra consulta de enfermedades autoinmunes sistémicas.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Revisión de historias clínicas de un total de 26 pacientes (14 mujeres y 12 varones) con sarcoidosis seguidos en nuestra consulta. Análisis de datos mediante estadística descriptiva simple.

**RESULTADOS:** 1. La edad media al diagnóstico fue de 39,5 años. Un paciente estaba diagnosticado de sd. Sjögren piamario y cirrosis biliar primaria asociada. 2. En la presentación clínica al inicio de la enfermedad, un 69,2% sólo tenían afectación en una única localización (5/17 adenopatías, 3/17 pulmón y sd. Löfgren y 1/17 cutánea, articular, digestiva, ocular, SNP e hipercalcemia) y el 30,8% con varias localizaciones. Sin embargo, durante la evolución sólo un 30,4% presentaban clínica de una única localización (4/8 articular, 2/8 hipertensión pulmonar, 1/8 síndrome seco y cutánea). En un 69,2% se asociaban además manifestaciones endocrinas. 3. Las alteraciones analíticas en el diagnóstico: ECA elevado 61,5%, elevación de reactivos 46% e hipercalcemia 81%. Durante la evolución, éstos se fueron normalizando no correlacionándose necesariamente un aumento de sus valores con la actividad de la enfermedad y/o deterioro clínico. 4. Patrón radiológico: Estadio O 19,2%, I 61,5%, II 11,5%, III 7,7%, IV 0%. 5. En TAC de alta resolución se visualizaron adenopatías torácicas en un 65,3%, extratorácicas un 27%, y ausencia en un 7,7%. 6. Se realizó gammagrafía con galio en 4 pacientes, 3 de ellos para apoyo/confirmación diagnóstica y en el otro para toma de decisión sobre inicio de tratamiento. En un 75% había captación ganglionar, y en el resto, parotídea, pulmonar, ocular e, incluso, en mama. 7. Pruebas funcionales respiratorias: al diagnóstico el 34,6% eran normales, 19,2% con difusión en límites bajos, 4,5% patrón restrictivo ligero y 18,1% moderados. Durante la evolución: 19,2% continuaba si cambios, 11,5% difusión con reducción ligera y otro 11,5% reducción moderada. En el 15,3% no se precisó de espirometría. 8. Al 57,6% se les realizó fibrobroncoscopia, de los

cuales el BAL mostró alveolitis linfocitaria en un 50%. El BAS no aportó información alguna. 9. Se realizaron biopsias en el 76,9% de los pacientes y no apoyaron el diagnóstico en 11,5% (2 transbronquiales y 2 adenopatías). El órgano biopsiado con mayor frecuencia fue: 30,7% piel (3 eritemas nodosos, 2 nódulos párpados y 1 en cuero cabelludo), 11,5% adenopatías (2 laterocervicales y 1 retroperitoneal), 11,5% transbronquial, 3,8% bazo, colon, N. mediano y endometrio. 10. Un 23% de los pacientes no requirió tratamiento alguno, 11,5% AINE y 76,9% corticoides vía oral con una duración media de 41 meses (65,3% con dosis < 0,5mg/kg peso/24 h durante > 1 mes). Nueve pacientes precisaron de otro inmunosupresor debido a efectos secundarios del tratamiento corticoideo o la necesidad de mantenerlo a largo plazo. Metotrexate, azatioprina y ciclosporina fueron los más empleados. Al año de seguimiento, un 77% se mantenía únicamente con dosis bajas de esteroides frente al 23% en los que se necesitó además otro inmunosupresor. 11. Un 30,7% de los pacientes presentó más de un brote de la enfermedad (media de 2,1 SD 1,5). El 62,5% con clínica articular, 37,5% alteraciones analíticas, 25% brotes de eritema nodoso. En el 50% no supuso modificación de la pauta terapéutica. 12. En 8 pacientes, el diagnóstico se realizó durante un ingreso hospitalario, pero sólo en 2 casos precisaron de una nueva hospitalización relacionada con la enfermedad o tratamiento. 13. La evolución clínica y funcional en relación con la sarcoidosis fue buena en todos los casos. Un 7,69% de los pacientes empeoró la clase funcional por proceso no relacionado con la sarcoidosis.

**CONCLUSIONES:** 1. En nuestra serie, los pacientes con sarcoidosis tienen, al igual que se observa en otras series, un debut a edad adulta joven y predominio de mujeres. La afectación pulmonar o el sd. de Löfgren no son las formas más típicas de presentación. 2. En los casos que necesitaron tratamiento, la mayoría se controló con corticoides, sólo precisando de otros inmunosupresores en 9 de ellos por persistencia de los síntomas y efectos adversos de esteroides. El manejo de estos pacientes se ha llevado a cabo desde la consulta, requiriendo sólo excepcionalmente ingreso hospitalario.

## IF-13

# MÉTODOS DIAGNÓSTICOS DE METÁSTASIS DE PRIMARIO DESCONOCIDO EN EL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ELCHE

M. Molina Garrido, C. Guillén Ponce, A. Carrato Mena

*Servicio de Oncología Médica.  
Hospital General Universitario de Elche, Alicante.*

**OBJETIVOS:** Examinar las características epidemiológicas y clínicas de los pacientes diagnosticados de tumor de origen desconocido (TOD) en nuestro hospital a lo largo de un año, así como las técnicas diagnósticas efectuadas en estos casos.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio descriptivo retrospectivo de las historias clínicas de todos los casos de TOD durante el año 2003 en nuestro hospital. Se recogieron las siguientes variables: características epidemiológicas, manifestaciones clínicas e histológicas, método diagnóstico, tiempo empleado en llegar al diagnóstico y supervivencia media de dichos pacientes.

**RESULTADOS:** Se diagnosticó un total de 32 casos de metástasis de primario desconocido (43,75% mujeres; 56,25% varones). La edad media al diagnóstico era de 67,37 años. El motivo de consulta más frecuente fue la aparición de focalidad neurológica (21,87%), seguida del síndrome constitucional (18,75%). En un 28,12% de los casos, el diagnóstico se llevó a cabo por el servicio de Digestivo, y en un 25,00%, por el de Medicina Interna. La exploración de adenopatías se efectuó en el 59,38% de los pacientes, la exploración de genitales, en el 21,87% y el tacto rectal en el 3,12%. Todos los pacientes fueron estudiados con alguna técnica de imagen. La más empleada en el estudio inicial fue la radiografía de tórax (96,97%), seguida por la TAC toraco-abdominal (87,88%). Otras pruebas más agresivas se efectuaron en un menor porcentaje: gastroscopia (40,62%), colonoscopia (46,87%), broncoscopia (12,12%), triple endoscopia (3,03%), anoscopia (0%). Con todo esto, se tardó una media de 2,44 meses en llegar al diag-

nóstico definitivo. Otras pruebas efectuadas fueron la determinación de marcadores tumorales séricos (80,91%), el estudio del sedimento de orina (15,15%) y el test de sangre oculta en heces (3,03%). Se consiguió el diagnóstico histológico en el 69,69% de los pacientes (la histología más frecuente fue el adenocarcinoma, en el 33,33%). Sólo en el 12,12% de los casos se llegó al diagnóstico definitivo del tumor primario. El tratamiento administrado fue paliativo inespecífico en el 39,39%; a un 54,55% de pacientes se les administró quimioterapia, radioterapia al 3,03% y tratamiento hormonal al 3,03%. La supervivencia media fue de 4,3 meses (rango 0,33-14 meses) y 4,2 meses en los 4 pacientes con un diagnóstico definitivo del tumor primario.

**DISCUSIÓN:** Sólo en el 12,12% de los pacientes se llegó a un diagnóstico de primario conocido, y la media de supervivencia no fue superior en este grupo de pacientes que en el grupo en el que sólo se llegó al diagnóstico histológico. En muy pocos casos se recoge una historia clínica detallada y exploración física sistemática y, sin embargo, se realizan muchas pruebas agresivas.

**CONCLUSIONES:** Los TOD son una presentación clínica relativamente frecuente —entre el 5-10% de los casos— y con una escasa supervivencia. Por ello, sería necesario seguir un protocolo sistemático de estudio que incluyera anamnesis y exploración física exhaustivas, con tacto rectal y exploración de adenopatías, que guiaran el procedimiento diagnóstico y evitar exploraciones agresivas que no mejoran las tasas de diagnóstico ni de supervivencia.

IF-14

VALOR DEL USO DE MARCADORES TUMORALES  
EN EL DIAGNÓSTICO Y MANEJO DE LAS METÁSTASIS  
DE TUMOR DE ORIGEN DESCONOCIDO

M. Molina Garrido, C. Guillén Ponce, A. Carrato Mena

*Servicio de Oncología Médica.  
Hospita General Universitario de Elche. Elche, Alicante.*

**OBJETIVOS:** Analizar la utilidad diagnóstica de los marcadores tumorales en los tumores de origen desconocido (TOD).

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio retrospectivo de las historias clínicas de todos los casos de metástasis de origen desconocido diagnosticados durante el año 2003 en nuestro hospital. Se analizaron los marcadores tumorales determinados en cada caso así como el diagnóstico definitivo de tumor y la utilidad de la sospecha diagnóstica aportada por el marcador tumoral.

**RESULTADOS:** Se diagnosticó un total de 32 casos de metástasis de primario desconocido (43,75% mujeres; 56,25% varones). La edad media al diagnóstico era de 67,37 años. En la mayoría de los casos (90,91%) se hizo una determinación inicial de marcadores tumorales. En la batería de marcadores que se solicitaron, CEA se determinó en el 84,7% de los casos, seguido por CA 19,9, en el 65,62%, CA 15,3 en el 53,13%, alfafetoproteína (AFP) en el 51,52%, PSA en el 45,45% y CA125 en el 39,39% de los casos. Por el contrario,  $\beta$ -HCG sólo fue determinada en un 9,09% de los pacientes, y  $\beta$ 2-microglobulina en el 6,25%. En el 30,30% de los casos de pacientes con tumor confirmado histológicamente no se detectó una elevación de ningún marcador tumoral, y en el 36,36% se constató la elevación de varios de ellos. El marcador que más se elevó de forma aislada fue CEA, en un 12,12% de los pacientes. En ningún caso se constató elevación de CA 15.3, CA 19.9, CA 125, ni AFP de forma aislada. Las elevaciones de CEA se observaron en

cualquier tipo histológico tumoral, mientras que CA-125 lo hacía principalmente en los adenocarcinomas. Sólo en 4 casos (12,12%) se llegó al diagnóstico definitivo del tumor primario, que en 2 casos se trataba de un tumor gástrico; en 1 caso, un linfoma; y en otro caso, cáncer de pulmón. Sólo en uno de los tumores gástricos se elevó CEA; en el tumor pulmonar se elevó CA15.3 y, en el caso del linfoma, no se determinó como marcador la  $\beta$ 2-microglobulina.

**DISCUSIÓN:** Este estudio, al igual que ocurre en otras series publicadas, indica que se debe emplear los marcadores tumorales, no como elemento para el diagnóstico de un tumor, sino principalmente para el seguimiento de uno ya diagnosticado previamente. Los marcadores que han demostrado ser válidos en estos casos son PSA, que hace sospechar un cáncer de próstata en el varón,  $\beta$ -HCG, que hace sospechar un tumor de células germinales y la AFP, que se eleva ante los hepatomas o el tumor de células germinales. En nuestro hospital, las determinaciones de estos marcadores se han llevado a cabo en el 45,45%, 9,09% y 51,52% de los casos, respectivamente, mientras han sido más habituales otras determinaciones menos específicas.

**CONCLUSIONES:** Debiera elaborarse un protocolo de uso de marcadores tumorales en los distintos hospitales, cuyo uso se generalizara entre todos los servicios implicados en el diagnóstico de la enfermedad tumoral. Dicho protocolo reduciría el uso innecesario de determinadas determinaciones y aseguraría el empleo óptimo de los marcadores tumorales en la práctica diaria.

## O-01

## HIPOFOSFATASIA DEL ADULTO. ESTUDIO FAMILIAR

M. Merino Rumin<sup>(1)</sup>, F. Galán Galán<sup>(1)</sup>, J. Armas Padrón<sup>(2)</sup>, F. Guerrero Igea<sup>(1)</sup>,  
E. Peral Gutiérrez de Ceballos<sup>(1)</sup>, R. Fernández Ojeda<sup>(1)</sup>, J. García Mata<sup>(1)</sup>, M. Aguayo Canela<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Servicio de Medicina Interna; <sup>(2)</sup>Servicio de Anatomía Patológica.  
Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

**OBJETIVOS:** Describir un conjunto de casos de hipofosfatasa en tres generaciones de una misma familia.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Criterio diagnóstico: biopsia (+) en al menos un miembro de la familia, con disminución significativa de la fosfatasa alcalina sérica, asociado o no a clínica osteoarticular y/o alteraciones renales. Se estudió el árbol familiar incluyendo densitometría mineral ósea. Estadística: U de Mann-Whitney.

NS, varones:  $p < 0,08$ ) y lumbar (mujeres: NS; varones: NS) fueron siempre menores que en los controles, aunque sin alcanzar la significación estadística (Tabla 1).

**DISCUSIÓN:** Del árbol familiar se desprende una probable herencia autosómica dominante con penetración incompleta. Muchos de los casos son oligosintomáticos.

**CONCLUSIONES:** 1. Los pacientes con hipofosfatasa del adulto presentan un retraso de la mineralización ósea, debido

Tabla 1. Casos familiares de hipofosfatasa

Sujetos	Edad	DMO femoral/ lumbar Score	Clínica acompañante
<b>GENERACIÓN 1</b>			
Madre	72	+0,56/no	Dislipemia, diabetes
<b>GENERACIÓN 2</b>			
Varón 1 Primer diagnóstico	52	-1,9/-2,7	Dislipemia, dolores óseos, espondiloartrosis
Mujer 1	53	-0,4/-2,9	Dislipemia, litiasis renal, hipercalcemia, dolores óseos, diabetes
Mujer 2	47	-0,6/-1,9	Dolores óseos, fibromialgia
Mujer 3	41	+0,8/-0,01	Litiasis biliar
<b>GENERACIÓN 3</b>			
Varón 1 Biopsia ósea (+)	30	no/-1,8	Dislipemia, hipercalcemia
Varón 2	29	+1,26/-0,31	Dislipemia
Varón 3	18	-0,29/-0,84	Dislipemia
Mujer 1	35	-0,5/-1,71	Dislipemia
Mujer 2	35	+0,6/-0,11	Litiasis renal
Mujer 3	28	+0,13/-0,25	Dislipemia
Mujer 4	26	no/-0,6	
Mujer 5	23	-0,72/-2,7	Fractura humeral

**RESULTADOS:** Se inició el estudio tras diagnóstico de un caso (2.ª generación), con reducción marcada de fosfatasa alcalina. Después se detectaron 12 casos más (1 caso en la 1.ª generación) (3/8 mujeres en la 2.ª generación; 5/7 mujeres y 3/4 varones en la 3.ª generación) (uno de ellos con biopsia ósea +). Las medias de Score de DMO a nivel femoral (mujeres:

a una disminución de la fosfatasa alcalina. 2. Es por ello por lo que el tratamiento farmacológico (calcio, vitamina D<sub>3</sub>, bifosfonatos, etc.) no resulta eficaz y aumenta el riesgo de hipercalcemia, litiasis renal y calcificaciones ectópicas. 3. La disminución de masa ósea mineral no siempre es sinónimo de osteoporosis.

RV-03

CRIBAJE DE HIPERTENSIÓN PULMONAR MEDIANTE  
ECOCARDIOGRAFÍA DOPPLER EN UNA SERIE  
DE PACIENTES CON ESCLERODERMIA

R. González León<sup>(1)</sup>, R. Garrido Rasco<sup>(1)</sup>, F. García Hernández<sup>(1)</sup>, C. Ocaña Medina<sup>(1)</sup>,  
A. Aranda Dios<sup>(2)</sup>, M. Rodríguez Puras<sup>(2)</sup>, A. Martínez Martínez<sup>(2)</sup>, J. Sánchez Román<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Servicio de Medicina Interna (Unidad de Colagenosis e Hipertensión Pulmonar);

<sup>(2)</sup>Servicio de Cardiología (Unidad de Hipertensión Pulmonar).

Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Sevilla.

**OBJETIVOS:** Conocer la prevalencia de hipertensión arterial pulmonar (HTP) entre los pacientes con esclerosis sistémica (ES) controlados en nuestra unidad, y valorar los posibles factores relacionados.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio sistemático, desde enero de 2003, de pacientes con ES no diagnosticados de HTP y controlados en una unidad especializada: revisión de su historia clínica y realización de ecocardiograma Doppler (eco-D). La presión arterial pulmonar sistólica (PAPs) se consideró aumentada cuando su valor fue superior a 35 mmHg; la elevación se consideró leve-moderada si su valor oscilaba entre 36 y 49, e importante si era superior a 50 mm. Análisis estadístico mediante test de la  $\chi^2$ , con corrección de Yates, y test exacto de Fisher cuando estuvo indicado. Se consideró significativo un valor de  $p < 0,05$ .

**RESULTADOS:** Se completó el protocolo en 69 pacientes (57 mujeres -82,6%, edad  $53,8 \pm 14,7$  años, tiempo de evolución  $8,5 \pm 7,7$  años). Enfermedad limitada en 42 pacientes (60,9%), y difusa en 27 (39,1%). Existía algún grado de fibrosis pulmonar en 19 pacientes (27,5%), pero la capacidad vital forzada (CVF) era inferior al 60% sólo en 5 casos (7,2%). La PAPs estaba elevada en 10 pacientes: elevación secundaria a fibrosis pulmonar grave en uno y a insuficiencia cardiaca en otro, y primaria o mixta en 8 (11,5%), 4 con enfermedad limitada y 4 con difusa. La elevación era leve-moderada en 4 pacientes e importante en 4. El análisis de asociación de la elevación de la PAPs sin causa secundaria con variables sociodemográficas, clínicas, inmunológicas y ecocardiográficas, sólo fue significativo para disfunción diastólica del ventrículo izquierdo ( $p = 0,03$ ) y dilatación del ventrículo derecho (0,01). El catete-

rismo cardiaco derecho en 5/8 pacientes con elevación de la PAPs sin causa secundaria (4 con PAPs  $> 50$  mmHg y 1 con aumento leve-moderado), confirmó la HTP en 3 casos (todos con PAPs  $> 50$  en ecocardiograma).

**DISCUSIÓN:** La prevalencia de HTP asociada a ES, detectada mediante eco-D, entre nuestra serie de pacientes sin diagnóstico previo de HTP fue del 11,5%, en el rango inferior de lo comunicado por otros autores. Las otras series son bastante heterogéneas en cuanto a la selección de pacientes, y la mayoría mezcla pacientes con HTP de diversas causas. Aunque se ha descrito una mayor frecuencia en pacientes de mayor edad, no encontramos relación con ninguna característica sociodemográfica o clínica particular, sólo con la existencia de disfunción diastólica del ventrículo izquierdo (habitualmente leve), y que podría ser causa o consecuencia de la HTP, y con dilatación del ventrículo derecho, que es consecuencia de la HTP. Sólo se confirmó la HTP por cateterismo cardiaco en 3/5 pacientes a los que se practicó (60%), los que estaban sintomáticos y tenían valores más elevados de PAPs en la eco-D. Ello hace pensar que la prevalencia real de HTP entre los pacientes con ES está sobreestimada, y probablemente se deba dirigir el cribaje por los datos clínicos.

**CONCLUSIONES:** 1. Encontramos elevación de la PAPs medida por eco-D y sin causa secundaria en el 11,5% de nuestra serie de pacientes con ES, con elevación importante sólo en la mitad de ellos. 2. La frecuencia real de HTP entre los pacientes con ES puede estar sobreestimada en estudios basados en determinaciones ecocardiográficas. 3. Desconocemos el significado de la relación encontrada entre aumento de la PAPs y la disfunción diastólica del ventrículo izquierdo, que no hemos encontrado descrita previamente.

## RV-09

# ICTUS ATEROTROMBÓTICOS, FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR Y ANTIAGREGACIÓN

F. Gamir Ruiz, V. Rodríguez Martínez, G. Gómiz Rodríguez,  
J. Montes, B. Cervantes Bonet, F. Díez, A. Lazo Torres, A. Barnosi

*Servicio de Medicina Interna.  
Hospital Torrecárdenas. Almería.*

**OBJETIVOS:** Conocer los factores de riesgo cardiovascular que presentan los pacientes que ingresan por un ictus aterotrombótico. Conocer si los pacientes diabéticos estaban antiagregados de acuerdo con las guías de práctica clínica. Conocer la antiagregación/anticoagulación al alta en pacientes con antiagregación previa al ictus.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio retrospectivo, descriptivo, de una serie de casos, con diagnóstico al alta de ictus aterotrombótico, ingresados en los años 2004-2005 en un hospital general. En todos los casos se realizó TAC craneal, eco Doppler carotídeo y ecocardiograma para descartar otras etiologías de ictus. Se estudiaron los factores de riesgo vascular de los pacientes y el estado de antiagregación/anticoagulación previa y posterior al ictus.

**RESULTADOS:** Se estudiaron 71 pacientes cuya edad media fue de 71 años (27-87) siendo 38 varones (54%) y 33 mujeres. 49 casos (69%) no tenían un evento cardiovascular mayor previo. En este grupo el 89% tenían al menos un factor riesgo cardiovascular (FRCV) conocido; y el 16%, 3 FRV. La diabetes fue un FRCV en el 36% de los casos. De los 22 pacientes con ECV conocida 14 (63%): un ACVA previo, 6 (27%) cardiopatía isquémica y 2 (10%)

ambas. Diez de estos pacientes eran diabéticos (45%). Sólo 9 de los 27 pacientes diabéticos (33%) con criterios de antiagregación tenían prescrito un antiagregante. Al alta recibieron antiagregación/anticoagulación el 100% de los casos. En pacientes sin antiagregación previa se prescribió AAS en 48 casos y anticoagulación oral en 2 casos. En los 21 pacientes previamente antiagregados (29%) se realizó: cambio de antiagregante (9 casos, 42%); anticoagulación oral (3 casos, 14%); doble antiagregación (2 casos, 10%); aumento de dosis del antiagregante (2 casos, 10%); misma pauta antiagregante (5 casos, 23%).

**CONCLUSIONES:** Los pacientes que ingresan por ictus aterotrombóticos presentan múltiples FRCV, cuyo manejo adecuado puede dar oportunidades para su prevención. La DM tipo 2 es un FRCV especialmente frecuente sólo o asociado a otros FRCV, y sólo estaban correctamente antiagregados 1 de cada 3 pacientes con esta indicación. En un 29% de los ictus, el tratamiento antiagregante fracasa, bien por resistencia intrínseca al mismo, falta de cumplimiento u otros FRCV no controlados o desconocidos. No existen criterios bien definidos de antiagregación/anticoagulación cuando la antiagregación previa fracasa.

## RV-10

# CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN MEDICINA INTERNA CON DIABETES MELLITUS

J. Montes Romero, B. Cervantes Bonet, F. Gamir Ruiz, F. Díez,  
V. Rodríguez Martínez, G. Gómiz Rodríguez, M. Granados, M. Zamora,

*Servicio de Medicina Interna.  
Hospital Torrecárdenas. Almería.*

**OBJETIVOS:** La diabetes mellitus (DM) es una enfermedad crónica que conlleva una elevada morbimortalidad y de elevada prevalencia en los pacientes ingresados en servicios de Medicina Interna. El objetivo de este estudio fue conocer las características de estos pacientes, así como su asociación a

otros factores de riesgo cardiovascular (FRV) o enfermedades cardiovasculares ya establecidas (ECV).

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio descriptivo, retrospectivo. Se revisaron los informes de alta, CMBDA y GRD de todos los pacientes ingresados en un Servicio de Medicina

Interna en el año 2005. Se estudiaron las características epidemiológicas y clínicas de aquellos con diagnóstico principal o asociado de DM. El análisis estadístico se realizó con el programa SSPS v. 11.5 para Windows. Para las variables cuantitativas se usaron la *t*-Student o la U de Mann-Witney y para las variables cualitativas la  $\chi^2$ . El nivel de significación estadística fue del 5%.

**RESULTADOS:** La DM fue uno de los diagnósticos presentes en 513 de las 1.712 altas (30%) codificadas en el periodo de estudio, aunque sólo en 26 casos (5,1%) fue el diagnóstico principal (motivo de ingreso). Las infecciones respiratorias de vías bajas (125 casos, 24,3%) y la insuficiencia cardiaca congestiva (80 casos [15,6%]) fueron los motivos de ingreso más frecuentes. La mediana de la edad fue de 76 años (20-97) y el 42,3% fueron varones. Los pacientes diabéticos tenían una alta complejidad (peso medio: 2,13) y comorbilidad (promedio de diagnósticos: 7,78±3 (1-20)). La estancia media fue de 10,8±8,85 días. La diabetes era de tipo 2 en 445 (86,7%) pacientes, 26 (5,1%) tenían diabetes esteroidea; 14 (2,8%) correspondían a DM tipo 1 y dos pacientes (0,4%) a diabetes gestacional. En 26 pacientes (5,1%) el diagnóstico fue de metabolismo alterado de la

glucosa. Las complicaciones de la DM identificadas fueron: retinopatía en 24 (4,7%) pacientes, nefropatía en 6 (1,2%), neuropatía en 19 (3,7%) y pie diabético en 15 (2,9%). El 71% de los pacientes (366) tenía al menos un FRV, siendo los más frecuentes: HTA (53,4%), dislipemia (23%), obesidad (15,5%) y tabaquismo (7,8%). Tenían ya una ECV establecida 237 pacientes (46%): cardiopatía isquémica: 165 (32%); ACVA: 88 (17%); enfermedad vascular periférica: 42 (8%). Otra comorbilidad destacable fue la presencia de insuficiencia cardiaca: 160 casos (32%); insuficiencia renal: 160 casos (31%); anemia: 111 casos (22%); e insuficiencia respiratoria crónica: 101 casos (19%).

**CONCLUSIONES:** Un porcentaje elevado de los pacientes que ingresan en Medicina Interna son diabéticos, aunque las complicaciones relacionadas con la diabetes son la causa del ingreso hospitalario con escasa frecuencia. Los pacientes con DM tienen una alta complejidad y comorbilidad. La mayoría tiene factores de riesgo vascular asociados y casi la mitad una enfermedad cardiovascular reconocida. Las complicaciones microvasculares (retinopatía, neuropatía y nefropatía) están escasamente representadas en los informes de alta hospitalaria.

## RV-11

# ANÁLISIS DEL TRATAMIENTO PRESCRITO AL ALTA A LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS INGRESADOS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

J. Montes Romero, F. Gamir Ruiz, B. Cervantes Bonet, F. Díez, P. Mirón Trigueros, A. Barnosi, M. Zamora, M. Granados

*Servicio de Medicina Interna.  
Hospital Torrecárdenas. Almería.*

**OBJETIVOS:** El correcto tratamiento de la diabetes (DM) disminuye la morbimortalidad de los pacientes. El tratamiento debe incluir tanto consejos higiénico-dietéticos como tratamiento farmacológico de la DM y de otros factores de riesgo asociados. La DM es un diagnóstico principal o asociado frecuente en los pacientes ingresados en Medicina Interna (MI). El cuidado por un internista da una oportunidad de revisión de los objetivos y tipo de tratamiento en esta enfermedad. El objetivo del estudio es conocer el tipo de tratamiento prescrito en el informe de alta de los pacientes con DM ingresados en MI y si se ajusta a las propuestas de tratamiento basadas en evidencias firmes, aceptadas en la mayoría de las guías de práctica clínica.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio descriptivo, retrospectivo, en el que se analizan las recomendaciones médicas y el tratamiento indicado en los informes de alta hospitalaria, de pacientes con diagnóstico principal o asociado de DM, ingresados en un Servicio de MI en el periodo de un año. Específicamente se valoraron los siguientes parámetros de

calidad: consejos sobre dieta y continuidad; consejo mínimo antitabaco en casos de tabaquismo, prescripción de metformina en DM tipo 2 y obesidad; prescripción de AAS en enfermedad cardiovascular (ECV) conocida o si un factor de riesgo cardiovascular asociado; prescripción de estatinas si colesterol LDL > 100; prescripción de un IECA o un ARA-2 si hipertensión arterial, insuficiencia cardiaca o microalbuminuria. El análisis estadístico se realizó con el programa SSPS v. 11.5 para Windows.

**RESULTADOS:** Un total de 513 informes de alta de MI (30%) tenía como diagnóstico principal o asociado la DM. La edad media de los pacientes fue 73±12,2 años. La mayoría de los pacientes eran diabéticos tipo 2 (87%). Se indicó consejo dietético en 343 pacientes (67%) y consejo de continuidad en 429 (84%). Se recomendó evitar/abandonar el hábito tabáquico al 25% de los fumadores, aunque este hábito quedaba reflejado únicamente en el 16% de los informes de alta hospitalaria. En 121 pacientes (23,6%) se recomendaba continuar con el tratamiento habitual sin más precisión. Se indicó

tratamiento farmacológico a 398 pacientes (77,5%). Los tratamientos utilizados fueron antidiabéticos orales (ADO) en 228 pacientes (57,2%), insulina en 128 pacientes (32%) y tratamiento combinado (ADO más insulina) en 19 pacientes (5%). Los ADO usados más frecuentemente fueron metformina –en 110 casos (37,7%)–, repaglinida –en 93 (31,8%)– y sulfonilureas –en 75 (25,7%)–. La combinación entre ADO más utilizada fue metformina + repaglinida, en 23 pacientes (10%), y metformina + sulfonilurea 16 pacientes (7%). Los tipos de insulina usados más frecuentemente fueron insulina NPH en 84 pacientes (65,6%) e insulina mixta en 41 (32%). El ADO más frecuentemente utilizado en combinación con una insulina fue metformina en 13 ocasiones (68%). En caso de obesidad, el ADO usado fue la metformina el 76% de los casos. Del total de pacientes, 161 (31%) recibían antiagregación, 86 (17%) estaban anticoagulados, 283 (55%) recibían

IECA o ARA II, 64 (12%) estaban tratados con betabloqueantes, 320 (62%) recibían diuréticos, y 88 (17%), antagonistas del calcio. Se prescribió antiagregación como profilaxis primaria en 101 de 270 pacientes (37,4%) y en 157 de 237 pacientes (66,2%) con ECV reconocida. Se recomendó una estatina en 131 de 198 pacientes con hiperlipidemia (66,2%) y un IECA/ARA en 241 de 364 (66,2%) de los pacientes con criterios para su prescripción.

**CONCLUSIONES:** Existe un importante margen de mejora en el tratamiento prescrito para la DM en los informes de alta de MI. La prescripción de metformina, antiagregación en ECV, estatinas e IECA/ARA sigue a las recomendaciones basadas en las guías en al menos dos de cada tres pacientes. El consejo antitabaco y la antiagregación con AAS como profilaxis primaria son las recomendaciones que se cumplen con menor frecuencia.

## RV-18

# SATISFACCIÓN CON EL TRATAMIENTO EN PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2 QUE CAMBIARON SU TERAPIA ANTERIOR POR UNA MEZCLA BIFÁSICA DE INSULINA ASPART Y RETARDADA

J. Guijo Linares

*Diabetes Marketing. Novo Nordisk Pharma, S.A. Madrid.*

**OBJETIVOS:** Medir la satisfacción con el tratamiento antes y 12 semanas después de cambiar a una mezcla bifásica de insulina aspart y retardada en diabéticos tipo 2.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Pacientes y métodos: Estudio observacional, longitudinal prospectivo y multicéntrico. Se incluyeron 2.798 pacientes con diabetes tipo 2. 1.106 venían siendo tratados con antidiabéticos orales, 1.114 con insulina NPH y 578 con mezclas de insulina humana. Edad media:  $62 \pm 12$  años; tiempo de evolución de la diabetes:  $11 \pm 6$  años; IMC:  $29,3 \pm 4,7$  kg/m<sup>2</sup>. El 57% eran mujeres. El cambio de tratamiento se realizó, antes de la inclusión en el estudio (al menos 15 días), por criterio de su médico. Se administró a todos los pacientes el cuestionario DTSQ (*Diabetes Treatment Satisfaction Questionnaire*) en su versión española validada. El cuestionario consiste en 8 apartados, de los cuales 6 fueron analizados juntos y considerados como “satisfacción general con el tratamiento”, en tanto que los dos restantes sirvieron para evaluar la percepción de hiperglucemia e hipoglucemia. Los resultados fueron analizados con el test de los rangos con signo de Wilcoxon.

**RESULTADOS:** La satisfacción general con el tratamiento fue de  $17,08 \pm 7,63$  antes de iniciarse el estudio, pasándose a

$26,64 \pm 5,49$  a las 12 semanas de estar tratados con la mezcla ( $p < 0,0001$ ). En cuanto a la percepción de hiperglucemia e hipoglucemia, los respectivos cambios fueron de  $-1,75 \pm 2,37$  ( $p < 0,0001$ ) para la hiperglucemia y de  $-0,02 \pm 3,27$  (n.s.). Al mismo tiempo, el control glucémico global, medido por la HbA<sub>1c</sub>, pasó de 8,91 a 7,25 ( $p < 0,0001$ ).

**DISCUSIÓN:** La satisfacción global con el tratamiento mejoró notablemente al final del estudio, respecto al tratamiento anterior, con una diferencia mayor de 9 puntos, para un total de 36 posibles. También se observó una notable mejora en la percepción de hiperglucemias. En cuanto a la percepción de las hipoglucemias, la mejoría fue muy pequeña. Estos resultados no deben sorprender, dada la gran mejoría que los pacientes experimentaron tanto en el control glucémico global como en el número de hipoglucemias. Es muy posible que la satisfacción estuviese relacionada con estos dos parámetros, y también con el empleo de una pluma para inyección que ha demostrado en otros estudios ser preferida por pacientes y profesionales.

**CONCLUSIONES:** El empleo de una mezcla bifásica de insulina aspart y retardada mejora notablemente la satisfacción con el tratamiento de los pacientes diabéticos tipo 2.

RV-19

ANTICOAGULACIÓN EN PACIENTES INGRESADOS  
EN MEDICINA INTERNA Y CARDIOLOGÍA

F. Gamir Ruiz, B. Cervantes Bonet, J. Montes, F. Díez, A. Lazo,  
V. Rodríguez Martínez, G. Gómiz Rodríguez, A. Barnosi

Servicio de Medicina Interna.  
Hospital de Torrecárdenas. Almería.

**OBJETIVOS:** La fibrilación auricular (FA) se asocia a una alta tasa de accidentes cerebrovasculares agudos. La anticoagulación oral ha demostrado ser eficaz en la prevención de estos eventos. El objetivo de este estudio fue conocer la adecuación de la anticoagulación en pacientes con FA, según las guías clínicas, así como las características de estos pacientes.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio descriptivo, retrospectivo basado en la revisión de los informes de alta de pacientes con FA, emitidos por los Servicios de Medicina Interna (MI) o Cardiología durante un periodo de un año (desde 1 enero de 2005 a 1 enero de 2006). Se consideró criterio de anticoagulación la presencia de FA y al menos un factor de riesgo (edad superior a 65 años, hipertensión arterial (HTA), diabetes mellitus (DM), valvulopatía embolígena, antecedentes de evento embólico previo, insuficiencia cardiaca (IC), o aurícula izquierda dilatada (AID) (> 50 mm). El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS v. 11.5 para Windows.

**RESULTADOS:** Se revisaron 138 altas, 92 de Cardiología y 46 de Medicina Interna, con el diagnóstico de FA y criterios de anticoagulación que se prescribió en 99 pacientes (71,7%). La anticoagulación se consideró adecuada en 77 (83%) de las altas de Cardiología y en 35 (76%) de las altas

de Medicina Interna (MI). La mediana de edad en pacientes no anticoagulados fue de 82 (51-93) y 72 (58-92) años en ambos servicios. Los factores de riesgo embólico que habrían aconsejado anticoagulación fueron a nivel global, en MI y en cardiología respectivamente los siguientes: HTA (64%, 81%, 52%), IC (38%, 56%, 26%), DM (36%, 62%, 17%), antecedentes de haber sufrido un evento embólico (20%, 35%, 8,5%) y valvulopatías (5%, 0%, 8,7%). Todos los factores de riesgo, salvo la presencia de valvulopatía, fueron más frecuentes en los pacientes ingresados en MI. La mitad (13) de los pacientes que quedaron sin anticoagular, sin ninguna contraindicación aparente, reunían 3 o más factores de riesgo, 9 (69%) de ellos en MI. En 41% no se realizó ecocardiograma durante el ingreso. Trece de los 39 pacientes (33%) no anticoagulados tenían alguna contraindicación formal para la anticoagulación: gran discapacidad del paciente 4 casos (31%), implantación de *stent* 3 casos (23%), hemorragia digestiva reciente 2 casos (15%) y otros en los 4 restantes.

**CONCLUSIONES:** La adecuación de anticoagulación en este estudio es elevada: 71,7%, sin diferencias significativas entre Cardiología y MI, aunque los pacientes de MI son mayores y reúnen más factores de riesgo.

T-03

TROMBOFILIA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD  
TROMBOEMBÓLICA VENOSA: ESPECTRO CLÍNICO  
E INDICACIONES DE ESTUDIO

M. Cayón Blanco, P. Gallego Puerto, C. García-Figueras Mateos,  
A. Ruiz Arias, L. Cabeza Letrán, A. Reguera García, D. Marín Dueñas

Servicio de Medicina Interna.  
Hospital del SAS de Jerez de la Frontera, Cádiz.

**OBJETIVOS:** Describir las características clínicas de la enfermedad tromboembólica venosa (ETV) en pacientes con estudio de hipercoagulabilidad (EH) positivo. Analizar los motivos de realización del estudio y comparar las características de la enfermedad en los que se diagnosticaron con

posterioridad de trombofilia con las de aquellos en los que el estudio resultó negativo.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio prospectivo sobre 164 pacientes seguidos en la consulta monográfica de ETV de nuestro hospital. Se definieron como criterios de

selección para buscar estados de hipercoagulabilidad los siguientes: ETV en menores de 50 años, ETV idiopática; episodios recurrentes sin factores de riesgo adquiridos precipitantes o sometidos a tratamiento hipocoagulante estable; ETV en territorios venosos inusuales e historia familiar de tromboembolismo venoso en parientes de primer grado. El análisis estadístico se realizó mediante el paquete informático SPSS.

**RESULTADOS:** Atendimos a cuatro pacientes afectos de ETV ya diagnosticados de alguna trombofilia. Sus características clínicas se reflejan en la **Tabla 1**. De los 160 pacientes restantes, se practicó EH a 65 (40,6%). Los motivos de realización del estudio más frecuentes fueron la edad menor de 50 años (46,1%) y ETV idiopática (36,9%). Un 20,7%

grupo (72,4%) se encontró además algún factor de riesgo trombótico temporal o permanente asociado, siendo los más frecuentes la obesidad (IMC > 30 kg/m<sup>2</sup>), presente en el 41,4% de los casos y el antecedente de inmovilización prolongada (24,1%). No encontramos diferencias significativas entre los pacientes con estudio positivo y negativo al comparar las variables sexo, edad, factores de riesgo, criterios que motivaron la búsqueda de trombofilia y forma de presentación de la ETV.

**DISCUSIÓN:** Al igual que en otras series publicadas, en la nuestra identificamos a un porcentaje importante de pacientes con hipercoagulabilidad patológica y algún factor de riesgo temporal o permanente para ETV asociado. En nuestro estudio no existió diferencia significativa, en cuanto

**Tabla 1: Características de los pacientes atendidos por ETV con trombofilia conocida**

Sexo/Edad	Tipo de trombofilia	Motivo de diagnóstico	Tipo de episodio	Factores predisponentes
V/59 años	G20210A	ETV previa	Recurrencia	Cirugía abdominal
V/65 años	G20210A	ETV previa	Recurrencia	Inmovilización (ACV)
M/36 años	FVL	Estudio familiar	Primer episodio	Embarazo Catéter
V/30 años	Déficit de PS	Estudio familiar	Primer episodio	Espontánea

presentaban más de una justificación para su realización. En 36 (55,4%) el estudio resultó negativo y en 29 (44,6%) se detectó algún estado de hipercoagulabilidad. La mutación G20210 del gen de la protrombina (G20210A) fue el trastorno diagnosticado con más frecuencia (31%) seguido del factor V Leiden (FVL) y déficit de proteína S (ambas con un 17,2%). En tres casos (10,3%) se constató coexistencia de G20210A y FVL. La ETV se manifestó como trombosis venosa profunda de miembros inferiores en todos los pacientes con EH positivo, complicándose con embolismo pulmonar en tres de ellos (10,3%). En 21 sujetos de este

a las características de la enfermedad, entre los pacientes con trombofilia o sin ella. La homogeneidad observada en ambos grupos viene a confirmar la dificultad de encontrar marcadores clínicos de hipercoagulabilidad atendiendo a las variables analizadas.

**CONCLUSIONES:** G20210A y FVL fueron las trombofilias más frecuentes en nuestros pacientes. La edad inferior a 50 años fue el criterio de búsqueda más observado. Aunque existan diversas condiciones en las que el EH se hace obligatorio, consideramos que la valoración diagnóstica de una trombofilia debe realizarse de forma individualizada.

## T-04

# RETIRADA DEL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE EN EL SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO PRIMARIO

J. Criado García, A. Blanco Molina, L. López Jiménez, J. Ruano Ruiz, F. López Segura, R. Fernández de la Puebla, J. López Miranda, F. Pérez Jiménez

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

**OBJETIVOS:** El síndrome antifosfolípido (SAF) se caracteriza por fenómenos trombóticos venosos y arteriales, abortos de repetición y la presencia de anticuerpos (AC) antifosfolípidos (anticoagulante lúpico y/o anticardiolipinas). El tratamiento recomendado es la anticoagulación a largo plazo, si

bien no se conoce con precisión cómo se deben manejar los pacientes que permanecen estables durante años, y cuyos AC descenden y se negativizan. El objetivo de este trabajo es valorar la evolución del SAF, tras la suspensión de la anticoagulación, en este tipo de pacientes.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Se incluyeron 10 pacientes diagnosticados de SAF primario que habían sufrido una trombosis venosa profunda de miembros inferiores (9) o de la aorta (1). En seis de ellos (60%) se negativizaron los AC antifosfolípidos, en dos determinaciones consecutivas, separadas como mínimo de un intervalo de seis semanas. Cuatro presentaban factores de riesgo transitorios (2 gestación, 1 inmovilización, 1 anticonceptivos). A todos se les retiró la coagulación, realizándoles un seguimiento exhaustivo para detectar la posible retrombosis.

**RESULTADOS:** Durante un seguimiento de 46+17,69 meses, ningún enfermo desarrolló nuevos eventos tromboticos.

**DISCUSIÓN:** El tratamiento anticoagulante a largo plazo conlleva riesgo de hemorragias. No existen estudios que analicen la duración de este tratamiento en pacientes con SAF y la posibilidad de su retirada cuando los AC se negativizan. Nuestros datos sugieren que la retirada de la anticoagulación puede ser adecuada en este tipo de pacientes, sobre todo si el evento trombotico fue venoso y ocurrió durante la presencia de otro factor de riesgo transitorio, como el reposo o la gestación.

**CONCLUSIONES:** En los pacientes con SAF Primario con clínica de trombosis venosa posiblemente sea seguro retirar el tratamiento anticoagulante tras permanecer estables durante el seguimiento y negativizar de forma mantenida los AC antifosfolípidos.

## V-01

# RESULTADOS DEL PRIMER AÑO DE ACTIVIDAD DEL NÚCLEO DE ESTUDIO DE 'QUALIDADE ASSISTENCIAL': NUESTRA EXPERIENCIA

J. Rodríguez-Vera, M. Grade, M. de Morais, C. Santos;  
Núcleo de Estudo da Qualidade Assistencial (NESQA)

*Servicio de Medicina Interna.  
Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio-Unidade de Portimão (Portugal).*

**OBJETIVOS:** Describir los resultados de los diferentes estudios llevados a cabo por el Núcleo de Estudo da Qualidade Assistencial (NESQA) del servicio de Medicina Interna de nuestro Hospital.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Revisión de las historias clínicas a la salida del servicio por el médico responsable del paciente. Se estudiaron los meses marzo-junio de 2005. Se determinaron parámetros clínicos (comorbilidad medida por el índice de Charlson -IC-, pedido de interconsulta a otras especialidades, multiingreso), demográficos (edad) y de gestión hospitalaria (estancia media, exitus, problemática social, conflictividad con la familia). Seguimiento hasta los tres meses y registro de eventos adversos (reingreso y muerte). Introducción de datos y análisis estadístico con el programa SPSS de la totalidad y los subgrupos de interés: pacientes con alta precoz (estancia inferior a tres días), sida, diabetes mellitus, problemas sociales y los fallecidos, entre otros.

**RESULTADOS:** 894 pacientes fueron incluidos en el estudio. La estancia media fue de 9,1 días. La edad media fue 70,76 años. El IC fue 4,60. Un 37,4% precisó apoyo de otras especialidades. 0,8% reingresó en las 48 horas siguientes al alta. La mortalidad hospitalaria fue de 9,7% y en el mes tras el alta de 2%. Los pacientes con sida tuvieron una estancia media e IC considerablemente superior a la general, pero la mortalidad y la tasa de eventos adversos

al mes fue inferior. Los diabéticos tuvieron una estancia media y mortalidad inferior a la media del servicio, con una comorbilidad mayor. Los pacientes con alta precoz tuvieron características y eventos adversos tras el alta similares al resto. Los fallecidos tenían una edad similar a la media, con un IC, necesidad de colaboración de otras especialidades y conflictividad con la familia superiores. Los pacientes con problemas sociales tuvieron una estancia media de 15,86 días, con un IC similar al global y mayor requerimiento de interconsultas (51%).

**DISCUSIÓN:** Los pacientes atendidos en nuestro servicio presentan una comorbilidad elevada, que implica la necesidad de colaboración de otras especialidades. No tenemos datos a nivel nacional para elaborar un estudio comparativo. El alta precoz podrá corresponder a ingresos inadecuados en nuestra unidad o transferencia otros centros. La existencia de unidades de hospitalización y asistencia ambulatoria de diabetes y de VIH puede justificar la disminución de la mortalidad de estos pacientes y evita reingresos precoces.

**CONCLUSIONES:** La comorbilidad y la tasa de reingreso de los pacientes atendidos en nuestro servicio son elevadas. El alta precoz no parece implicar una mayor tasa de eventos adversos. Los pacientes fallecidos generaron una mayor conflictividad entre familiares y personal hospitalario, por lo que pensamos necesaria una intervención a este nivel.

## V-03

## TSH-OMA. ENTIDAD INFRADIAGNOSTICADA

M. Aguilar Gallego, P. Tarancón Merlo, A. Bolaños Díaz

Servicio de Medicina Interna.  
Hospital Punta Europa. Algeciras, Cádiz.

**OBJETIVOS:** Valorar la historia natural del TSH-oma, o adenoma hipofisario productor de TSH, intentando valorar las dificultades en su diagnóstico temprano y la inexistencia de protocolos terapéuticos adecuados secundariamente.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Revisamos todos los pacientes diagnosticados de adenoma hipofisario productor de TSH desde enero 1998 a diciembre 2004 en nuestro centro hospitalario. Analizamos en todos los pacientes características epidemiológicas, clínicas, analíticas-radiológicas y tratamiento utilizado.

**RESULTADOS:** En los siete años revisados hemos recogido tres casos de pacientes diagnosticados de adenoma hipofisario productor de TSH. Describimos un resumen de los casos clínicos (Tabla 1). **Caso 1:** Varón de 66 años de edad que ingresa por episodios de fibrilación auricular recurrentes,

Se sometió a cirugía y confirmación anatomopatológica.

**Caso 3:** Varón de 40 años que sufre traumatismo deportivo casual en el cuello. Se realiza ecografía cervical que demuestra bocio difuso. No síntomas de disfunción tiroidea ni antecedentes de interés. Se realiza perfil tiroideo que demuestra T4 y T3 libres elevadas: 3 ng/dL y 6,6 pg/mL. Se completa el estudio de igual manera: subunidad alfa elevada y RNM con macroadenoma hipofisario. Rechazó la cirugía, siendo tratado con análogos de la somatostatina. En el seguimiento de 2,5 años no existe crecimiento apreciable.

**DISCUSIÓN:** El término *TSH-oma* incluye dos entidades: neoplasia productora de TSH (verdadera) y la hiperplasia secundaria a hipotiroidismo primario evolucionado. La primera se caracteriza por TSH normal, T3-T4 libres elevadas

Tabla 1. Características de los pacientes

CASOS	EDAD	SEXO	CLÍNICA	RNM	TRATAMIENTO	EVOLUCIÓN
1	66	Varón	FA recurrente	Microadenoma	Cirugía	Curado
2	61	Varón	FA-Ictus	Macroadenoma	Cirugía	Curado
3	40	Varón	Bocio	Macroadenoma	Médico	??

sin patología estructural cardiaca. Estaba diagnosticado de bocio micronodular presuntamente normofuncionante (TSH normales). Se solicita T4 libre y T3 libre que estaban elevadas: 2,8 ng/dL (VN hasta 2,2) y 6,95 pg/mL (VN hasta 5,1). Se completa el estudio hormonal del eje hipofisario y se determina subunidad alfa de hormonas glucoproteicas que estaba elevada 2,1 mU/mL (VN menor de 1,6). Se realizó RNM que muestra un microadenoma. Se sometió a cirugía y confirmación anatomopatológica. **Caso 2:** Varón de 61 años con antecedentes de fibrilación auricular de 10 años de data, sin patología estructural cardiaca, que ingresa por ictus isquémico carotídeo derecho. Se solicita perfil tiroideo incluyendo T3 y T4 libre que estaban elevadas: 2,65 ng/dL y 7,2 pg/mL. Se completó el estudio de igual manera: subunidad alfa elevada y RNM con macroadenoma hipofisario con compresión del tallo. Se solicitó campimetría que fue patológica.

y subunidad alfa y/o de la razón molar subunidad alfa/TSH elevadas. La no determinación sistemática de fracciones libres ante la normalidad de las cifras de TSH puede convertir a ésta en una entidad infradiagnosticada. Se podría rebatir por la teórica baja prevalencia de la misma (inferior a 1/millón) y la relación coste-beneficio. No obstante, pensamos que la determinación ante síntomas no explicables por otros motivos (nuestros casos) esta totalmente justificada y ayudaría a un diagnóstico precoz, a conocer mejor su comportamiento, quizás a aumentar su teórica baja prevalencia y, por supuesto, a optimizar el tratamiento.

**CONCLUSIONES:** 1. Entidad infradiagnosticada, al no conocer adecuadamente su historia natural y comportamiento. 2. El diagnóstico precoz nos permitiría determinar mejor su etiopatogenia, así como protocolizar pautas terapéuticas adecuadas.

V-04

PACIENTES ATENDIDOS POR MEDICINA INTERNA  
EN UN HOSPITAL QUIRÚRGICO DE TERCER NIVEL:  
ESTUDIO DESCRIPTIVO

A. Márquez García, F. Báñez Sánchez, G. Duro Ruiz, M. Mateas Moreno,  
S. Bermudo Conde, E. Gálvez Gálvez, A. Colodro Ruiz, M. Castillo Hernández

*Servicio de Medicina Interna.  
Complejo Hospitalario de Jaén.*

**OBJETIVOS:** Pretendemos conocer las características del trabajo que realiza un internista en un hospital quirúrgico de tercer nivel donde no existe servicio de Medicina Interna y, por tanto, sólo se atienden hojas de consulta (HDC) de otros servicios.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Hemos recogido datos de los pacientes (P) atendidos durante 45 días por un internista en un hospital que consta de los servicios de: Traumatología (50% de las camas), Neurocirugía (12,5% de camas), ORL (12,5% de camas), Psiquiatría (25% de las camas) y Cirugía Maxilofacial (sólo tiene asignadas unas 4 camas, que no siempre ocupa en su totalidad). Se ha recogido: edad, sexo, días desde el ingreso hasta HDC, días de seguimiento por MI, patología que precisó la consulta a MI, si precisó traslado a otro servicio médico, especialidad que hace la HDC y patología que motivó el ingreso.

**RESULTADOS:** Se atendieron a 83 P, de los cuales 45 eran varones y 38 mujeres, con una edad media de  $61,97 \pm 16$  y  $70,55 \pm 19$  años, respectivamente. la media de días desde el ingreso hasta la HDC fue de  $9,72 \pm 10$ , siendo el máximo de 48 días, y el mínimo, el día del ingreso; la mediana fue de 5 días. Los días de seguimiento fueron  $10,36 \pm 12$ , siendo el máximo de 71, y el mínimo, resuelto en el día, la mediana fue de 7 días. Las patologías que principalmente motivaron la HDC fueron la respiratoria ya establecida (18,07%), fiebre (16,86%), estudio de tumor primario (12%) y diabetes (12%). El 18,07% de los P precisaron traslado a un Servicio

médico y sólo el 2,4% fueron exitus. En cuanto a la procedencia de las HDC, el 60,24% fueron de Traumatología, el 15,66% de Neurocirugía, el 12,04% de ORL, el 10,84% de Psiquiatría y sólo una HDC fue hecha por Cirugía Maxilofacial. Las patologías más frecuentes que motivaron el ingreso fueron fractura de cadera (30%), prótesis articular electiva (7,22%), traumatismo craneoencefálico e infección de prótesis articular (6% cada una).

**DISCUSIÓN:** Del estudio se desprende la gran actividad que realiza un internista en este tipo de hospitales, donde surge como media más de una HDC por día, a lo que se suma que a casi todos se les sigue a diario. La mayoría de los pacientes son ancianos con patologías febriles y respiratorias, lo que, junto con la búsqueda de tumor primario y diabetes, motiva que casi una quinta parte tengan que ser trasladados a un servicio médico. Destaca también la baja tasa de exitus. Aunque Traumatología hace más de la mitad de las HDC, en relación con las camas que atiende se iguala al resto de especialidades, excepto Psiquiatría –la que menos hace en números relativos–. La patología estrella en cuanto al motivo de ingreso es la fractura de cadera.

**CONCLUSIONES:** Medicina Interna es un pilar básico en el apoyo a la atención en este tipo de hospitales, con un seguimiento en días de cada paciente similar a la del propio servicio de Medicina Interna. A la complejidad de la patología médica atendida hay que añadir la patología de base que motivó el ingreso y la elevada edad de los pacientes.

## V-06

## EL FONENDO Y EL BISTURÍ: INTERNISTAS Y MEDICINA PERIOPERATORIA

V. Navarro Pérez, F. Jódar Morente, M. Requena Pou, M. Mateas Moreno,  
A. Márquez García, S. Bermudo Conde, J. Trujillo Pérez, N. Marín Gámez

*Servicio de Medicina Interna.  
Complejo Hospitalario de Jaén.*

**OBJETIVOS:** El internista como responsable de la atención de los pacientes quirúrgicos está respaldado por numerosos estudios que muestran la importancia de los clínicos expertos en la medicina perioperatoria y hospitalaria. Los pacientes quirúrgicos son más longevos, sufren más enfermedades médicas crónicas y toman más fármacos, surgiendo más complicaciones. El mejor resultado del tratamiento “quirúrgico” se verá influido por una buena cooperación dentro de un grupo clínico que incorpore sistemáticamente la experiencia médica en la quirúrgica más allá de la esporádica “hoja de interconsulta”.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Investigación clínico evaluativa sobre una cohorte clínica de pacientes atendidos en régimen de hospitalización que fueron sometidos a cirugía mayor no cardíaca durante 4 meses consecutivos (otoño 2004-invierno 2005) en un hospital general de especialidades. Se analizaron las siguientes variables: días de asistencia por caso, número de pacientes nuevos por día, número en seguimiento de pacientes por día, comorbilidad, destino al alta y tasa de morbimortalidad. El estudio incluyó un total de 151 pacientes, de los cuales el 55,2% eran hombres y el 44,77% mujeres. La distribución por subgrupos fue: 88% cirugía vascular, el 4% neurocirugía, el 2% general y el 6% COT y otros. La edad media era de 70,25 años, con una elevada comorbilidad (5,2 diagnósticos relevantes/ caso) e intensa polifarmacia (6,4 fármacos/caso).

**RESULTADOS:** El destino de los pacientes fue: 134 altas a domicilio, con empleo variable de recursos no médicos (trabajo social, rehabilitación-fisioterapia móvil o ambulatoria, DUE enlace), 7 exitus y 10 traslados intercentros. Días de asistencia/caso: media, 4 días; rango, 1-11 días. Pacientes nuevos/días: 3,1. Altas/día: 1,88. Seguimientos (pacientes/día): 11,32. Actos únicos/día: 1,04. Ingresos en Medicina Intensiva: 4 (3 AAA, 1 sepsis en dialítico con 4 cirugías mayores consecutivas). Tasa de exitus: 7 exitus/151 pacientes. La mayor

comorbilidad estuvo en el subgrupo de C. Vascular: 53,3% de HTA, 52,5% de diabéticos, 24,5% de hipercolesterolemia, 14,4% de obesos, 23,7% de pacientes broncopatas, 18,6% de infartos de miocardio, 17,7% de miocardiopatía hipertensiva, 9,3% de insuficiencia cardíaca congestiva, 29,6% de alteraciones en la conducción o algún tipo de arritmia, 18,6% de accidentes cerebrovasculares, y 15,2% de insuficiencia renal crónica. En el resto de subgrupos quirúrgicos (urología, neurocirugía, cirugía general o traumatología): HTA 32%, 19,3% de diabéticos, 3,3% de hiperlipemias, 19,3% obesos, 25,8% broncopatas, 6,4% infartos de miocardio, 19,3% insuficiencia cardíaca y 9,6% insuficiencia respiratoria crónica. Las complicaciones fueron: sepsis, 11,4% de infección por catéter, 10,7% de infecciones respiratorias, 8% de ITU; 16,7% alteraciones del SNC tipo delirium y deterioro cognitivo, y 4,6% de trombosis venosa profunda.

**DISCUSIÓN:** Los resultados permiten proponer la necesidad de un especialista en pacientes pluripatológicos que permita colaborar con el equipo quirúrgico en beneficio de disminuir las complicaciones y ajustar los tratamientos de estos pacientes. Una adecuada valoración preoperatoria integral es capaz de identificar aquellos pacientes con morbimortalidad perioperatoria elevada, lo cual ayuda a prever qué medidas adicionales han de tomarse con estos pacientes. La posibilidad de que los servicios quirúrgicos incluyan internistas que les ayuden a completar la asistencia de sus enfermos parece una buena opción.

**CONCLUSIONES:** 1. Hay una alta incidencia de procesos médicos en los pacientes sometidos a cirugía. 2. La función de interconsulta debería sustituirse por la presencia de un especialista en medicina en los equipos quirúrgicos que permita un mejor control, una menor desestabilización y una adecuación de la estancia en estos pacientes. 3. El internista, por su formación y versatilidad, es el especialista ideal para esta función.

## V-07

## ALTA MORTALIDAD EN PACIENTES TRAQUEOTOMIZADOS TRAS EL TRASLADO DESDE UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS A UNA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS

A. Aguirre-Palacio, J. García-García, R. López-Alonso, E. Gómez-Camacho

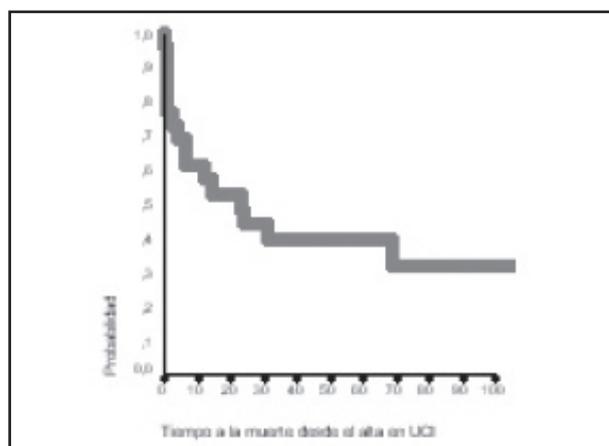
Unidad de Continuidad Asistencial.  
Hospital Universitario de Valme. Sevilla.

**OBJETIVOS:** Conocer el tiempo de supervivencia en estos pacientes tras la colocación de la cánula de traqueostomía y estudiar los factores que pudieran estar relacionados con la mortalidad de esta población tras su estancia en la UCI.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Diseñamos un estudio retrospectivo incluyendo a todos los pacientes que hubiesen ingresado en la unidad de cuidados asistenciales-paliativos (UCA) de un hospital de tercer nivel de Sevilla –como es el Hospital Universitario de Valme– y que cumpliesen los siguientes criterios: 1) haber sido trasladados de una UCI entre el 1 de enero de 2003 y el 31 de diciembre de 2005; y 2) haber sido sometidos a una traqueostomía percutánea durante el ingreso en la UCI. Se realizó un análisis de la mortalidad en estos pacientes así como los factores que pudieron influir en su supervivencia.

**RESULTADOS:** Veintiséis pacientes fueron incluidos en el estudio. Veintiuno (80,8%) eran varones y tenían una edad mediana (Q1-Q3) de 70,1 (54,7-74,4) años. Ocho (30,7%) pacientes ingresaron en la UCI por accidente cerebrovascular con importante afectación del nivel de conciencia; 6 (23,1%), por parada cardiorrespiratoria resucitada; y 3 (11,5%), por sepsis. Las causas de realización de traqueostomía fueron una puntuación inferior a ocho en la escala de Glasgow en 16 pacientes (61,1%), tres (11,5%) por intubaciones repetidas y siete (26,9%) por necesidad de ventilación mecánica prolongada. El tiempo mediano (Q1-Q3) de ingreso fue de 66,5 (19-93,25) días. Dieciséis (61,5%) pacientes fallecieron durante el seguimiento. Seis (37,5%) de los pacientes fallecidos lo hicieron en las primeras 24 horas tras el traslado, mientras que la mitad de los fallecidos lo hicieron durante los primeros 7 días tras el traslado de la UCI. En el análisis multivariante, la edad elevada, la gravedad del paciente el día previo al traslado y el bajo nivel de conciencia como causa de realización de la traqueostomía se asociaron a una supervivencia menor.

**DISCUSIÓN:** Este estudio está limitado por su diseño retrospectivo, lo que implica que las actuaciones realizadas para el cuidado de los pacientes no son homogéneas. Otros autores han descrito también elevadas tasas de mortalidad entre los pacientes traqueotomizados procedentes de la UCI. Esta elevada mortalidad en una fecha cercana al traslado refleja la frágil situación que presentan estos pacientes a su salida de la UCI. En la mayoría de los casos, son pacientes



Tiempo hasta la muerte en pacientes traqueotomizados tras el traslado de una unidad de cuidados intensivos.

pluripatológicos o con bajo nivel de conciencia con escasa esperanza de recuperación.

**CONCLUSIONES:** La traqueostomía constituye un procedimiento útil para acortar la estancia en las UCI de pacientes pluripatológicos o con bajo nivel de conciencia prolongado, pero la mortalidad posterior al traslado de la UCI es elevada.

## V-08

## LA DECANULACIÓN EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTERMEDIOS DE PACIENTES TRAQUEOTOMIZADOS PROCEDENTES DE UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS

A. Aguirre-Palacio, R. López-Alonso, J. García-García, E. Gómez-Camacho

*Unidad de Continuidad Asistencial.  
Hospital Universitario de Valme. Sevilla.*

**OBJETIVOS:** Los objetivos de nuestro trabajo fueron conocer el tiempo necesario para la decanulación en pacientes traqueotomizados que son trasladados de una UCI a una Unidad de Cuidados Intermedios y la supervivencia de dichos pacientes tras la decanulación.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Desde el 1 de enero de 2003 hasta el 31 de diciembre de 2005 todos los pacientes trasladados desde una UCI a la Unidad de Cuidados Asistenciales-paliativos (UCA) del Hospital Universitario de Valme, un hospital de tercer nivel en el área sur de la provincia de Sevilla, y que hubiesen sido sometidos a una traqueostomía percutánea durante el ingreso en la UCI fueron incluidos en el estudio. Se incluyeron todas aquellas variables que hubieran podido modificar el tiempo desde la realización de la traqueostomía hasta la decanulación. Se analizó el tiempo que transcurrió desde la colocación de la cánula de traqueostomía hasta la decanulación y la mortalidad tras la retirada de la cánula.

**RESULTADOS:** Veintiséis pacientes fueron incluidos en el estudio. En ocho (30,8%) pacientes se llevó a cabo la retirada de la cánula de traqueostomía. Tres de ellos (33%) habían ingresado en la UCI por muerte súbita resucitada; otros dos (25%) habían tenido un accidente cerebro-vascular hemorrágico de importante cuantía; un paciente (12,5%) ingresó por

politraumatismo y embolismo cerebral, y otros dos (25%) eran pacientes pluripatológicos que habían sido intervenidos pero se habían complicado en el postoperatorio, requiriendo intubaciones prolongadas. Uno de estos últimos pacientes falleció 6 días después de la retirada de la cánula a consecuencia de una sobreinfección de las vías respiratorias. De los 18 pacientes que no se decanularon, 6 (33,3%) fallecieron en las primeras 24 horas del traslado de la UCI, mientras que otros 9 (50%) fallecerían durante el ingreso. Un paciente de los tres no decanulados y que no fallecieron fue dado de alta del hospital con la cánula de traqueostomía por presentar edema de aritenoides en la laringoscopia, aunque la cánula se retiró en las semanas posteriores al ingreso. El tiempo mediano (Q1-Q3) desde la colocación de la cánula hasta la decanulación fue de 28 (26,5-52,5) días. El tiempo mediano (Q1-Q3) desde la decanulación hasta el alta hospitalaria definitiva fue de 19 (6-51,5) días.

**CONCLUSIONES:** La traqueostomía es un proceso reversible que facilita el manejo de la vía aérea en la UCI. Sin embargo, es un problema más añadido a los cuidadores en el domicilio. La decanulación es posible y necesaria en la mayoría de estos pacientes, aunque se recomienda una valoración previa a la retirada de la cánula para comprobar la permeabilidad de la vía aérea.

## V-09

## PERFIL ANTROPOMÉTRICO EN MUJERES FUMADORAS

B. Escolano Fernández<sup>(1)</sup>, N. Lara Sires<sup>(1)</sup>, F. Guerrero Igea<sup>(1)</sup>, J. García Mata<sup>(1)</sup>, J. Reveriego Blanez<sup>(1)</sup>, J. Oliván Martínez<sup>(1)</sup>, S. Palomo Gil<sup>(2)</sup>, M. Aguayo Canela<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

<sup>(2)</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Comarcal de Riotinto. Riotinto (Huelva).

**OBJETIVOS:** Analizar las variaciones del perfil antropométrico en las mujeres fumadoras premenopáusicas. Identificar las modificaciones que mejor discriminen a mujeres fumadoras de las no fumadoras.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Se recogió una muestra de mujeres premenopáusicas, analizando en ellas una serie de variables:

edad, talla, peso, índice de masa corporal (IMC), perímetro de cintura (PCI) y de cadera (PCA), índice cintura/cadera (PCI/PCA). La muestra se dividió en dos grupos: fumadoras y no fumadoras. Estadística: comparación de medias (*t* de Student).

**RESULTADOS:** Se estudió una muestra de 125 mujeres premenopáusicas, con 56 fumadoras y 69 no fumadoras. El

índice cintura/cadera no mostró diferencias en los dos grupos. La fumadoras presentaron menor perímetro de cintura

reflejan, probablemente, el efecto lipolítico derivado de un aumento del metabolismo basal en las mujeres fumadoras.

ANÁLISIS COMPARATIVO FUMADORAS/NO FUMADORAS			
VARIABLES	FUMADORAS (n = 56)	NO FUMADORAS (n = 69)	p
Edad	29,3 ± 6,7	30,9 ± 9,2	NS
Peso (kg)	62 ± 13,8	66,5 ± 15,3	0,07
Talla (cm)	159 ± 6,5	159 ± 6,1	NS
IMC (kg/m <sup>2</sup> )	24,5 ± 5,4	26,3 ± 6,4	0,09
PCI (cm)	75,4 ± 11,9	79,1 ± 12,9	0,10
PCA (cm)	94,6 ± 11,6	98,8 ± 10,5	0,03
PCI/PCA	0,79 ± 0,04	0,79 ± 0,06	NS

y cadera, peso e IMC. La variable que mejor discriminó a las fumadoras fue la reducción del perímetro de cadera, con diferencias significativas.

**DISCUSIÓN:** En las mujeres fumadoras premenopáusicas se observa una reducción de peso con disminución del acúmulo de grasa a nivel de cintura y cadera. Estos resultados

**CONCLUSIONES:** 1. Las mujeres fumadoras presentan una disminución de peso respecto a las no fumadoras, con probable consumo de la grasa localizada en cintura y caderas. 2. La disminución del perímetro de cadera es el parámetro antropométrico, dentro de los estudiados, que mejor discrimina a las fumadoras respecto a las que no lo son.

## V-10

### FACTORES ASOCIADOS AL CONSUMO DE TRANQUILIZANTES EN UNA CONSULTA DE MEDICINA INTERNA

N. Lara Sires, R. Fernández Ojeda, F. Guerrero Igea, P. Retamar Gentil, J. Reveriego Blanez, M. Rey Rodríguez, M. Merino Rumín, M. Aguayo Canela

Servicio de Medicina Interna.  
Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

**OBJETIVOS:** El consumo de tranquilizantes menores es común en los pacientes de Medicina Interna. Estudiamos los factores asociados a este consumo, para describir un perfil tipo de paciente consumidor.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudiamos los pacientes de una consulta de Medicina Interna de forma prospectiva, incluyendo para cada uno una hoja de captación con los

siguientes datos: generales (edad, sexo, lugar de procedencia), variables clínicas (entidades nosológicas, paciente pluripatológico, antecedentes quirúrgicos), consumo de fármacos (otros tratamientos, al margen de los tranquilizantes). Se realizó un análisis de regresión logística, tomando el consumo de tranquilizantes como variable dependiente.

FACTORES ASOCIADOS AL CONSUMO DE TRANQUILIZANTES MENORES (n = 193)			
Variable	Odds ratio	IC 95%	p
Demencia	4,80	0,80-30	0,09
Número de fármacos	1,20	1,00-1,50	0,09
Cirugía mayor	2,70	0,98-8,77	0,05
Sexo femenino	2,54	1,05-6,15	0,04
Paciente pluripatológico	5,10	1,96-13,30	0,01

**RESULTADOS:** El 26,4% de los pacientes de la consulta es consumidor habitual de tranquilizantes menores. En análisis de regresión logística se muestra en la **Tabla**, destacando el sexo femenino, el paciente pluripatológico y antecedente de cirugía mayor como factores independientes asociados al consumo de tranquilizantes menores. El número de fármacos de consumo diario (excluyendo tranquilizantes) y la presencia de demencia se asociaron a una mayor probabilidad de toma de tranquilizantes, sin llegar a la significación estadística.

**DISCUSIÓN:** Existen diversos factores asociados al consumo de tranquilizantes menores. Al margen de las asocia-

ciones detectadas en este estudio, se precisan otros trabajos que confirmen la secuencia temporal entre los factores y su consumo, para poder hablar en términos de riesgo. Desconocemos la razón de la asociación entre antecedente de cirugía mayor y toma de tranquilizantes.

**CONCLUSIONES:** 1. El perfil tipo de paciente consumidor de tranquilizantes menores asocia las variables de mujer, paciente pluripatológico y con antecedentes de cirugía mayor. 2. Se precisan nuevos trabajos que confirmen estos resultados, analizando también el grado de asociación en función del tipo de cirugía (por neoplasia, histerectomía, etc.).

## V-11

# TEST DE LA RIFAMPICINA EN EL DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME DE GILBERT

F. Pérez Blanco<sup>(1)</sup>, R. Ríos Fernández<sup>(1)</sup>, J. Martín Ruiz<sup>(2)</sup>, F. Miras Parra<sup>(1)</sup>, A. Rodríguez Cuartero<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Servicio de Medicina Interna; <sup>(2)</sup>Servicio de Digestivo.  
Hospital Clínico Universitario San Cecilio. Granada.

**OBJETIVOS:** El síndrome de Gilbert es un trastorno hereditario por un defecto molecular ubicado en el elemento TATAA de la región del promotor 5' del gen de glucuronil-transferasa de uridín-difosfato de bilirrubina. Se manifiesta por una elevación intermitente de la bilirrubina no conjugada y se confunde en ocasiones con procesos hemolíticos. El diagnóstico se basa en la exclusión de otros procesos que ocasionan hiperbilirrubinemia indirecta. Se utilizan múltiples pruebas para llegar a la certeza de la enfermedad (test ácido nicotínico, ácidos biliares, ayuno, etc.), pero el más cómodo y fiable puede ser el test de la rifampicina.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Se estudian un total de 76 sujetos, de los cuales 47 padecen síndrome de Gilbert y 29 controles sanos. En estos últimos la edad media fue de 34,2 años (15-62 años), de los que 20 eran hombres y 19 mujeres. En los pacientes con síndrome de Gilbert la edad fue de 29,6 años (16-64 años), de los que 28 eran hombres y 19 mujeres. A todos ellos se llegó al diagnóstico por el aumento de la bilirrubina indirecta al menos 2 veces en 6 meses, sin aumento de la bilirrubina conjugada, subictericia, transaminasas y fosfatasa alcalina séricas normales, y ausencia de anomalías hematológicas. A todos los sujetos del estudio se les administró en ayunas 900 mg de rifampicina, determinándose posteriormente la bilirrubina sérica a las 2 y 4 horas. Los resultados se compararon con la extracción basal.

**RESULTADOS:** Los valores basales para la bilirrubina directa e indirecta fueron de  $6,39 \pm 0,46$  mmol/L y  $5,78 \pm 0,59$

mmol/L en los controles sanos, y de  $10,60 \pm 0,74$  mmol/L y  $31,60 \pm 2,72$  mmol/L en los enfermos con síndrome de Gilbert. Tras la realización del test de la rifampicina, la bilirrubina directa sérica ascendió a  $6,41 \pm 0,39$  mmol/L en los sanos tomados como control y a  $6,39 \pm 0,46$  mmol/L en el síndrome de Gilbert. Sin embargo, la bilirrubina indirecta sérica ascendió a las 2 y 4 horas a  $6,37 \pm 0,9$  mmol/L y  $6,97 \pm 1,02$  mmol/L, respectivamente, en los sujetos sanos. En los pacientes diagnosticados de síndrome de Gilbert el ascenso fue a las 2 y 4 horas de  $12,32 \pm 0,79$  mmol/L y de  $13,17 \pm 0,80$  mmol/L para la bilirrubina directa. El comportamiento de la bilirrubina indirecta en estos pacientes con síndrome de Gilbert fue muy diferente, con un ascenso de  $24,70 \pm 8,3$  mmol/L a las 2 horas y de  $30,01 \pm 9,17$  mmol/L a las 4 horas de iniciada la prueba.

**DISCUSIÓN:** Son múltiples los fármacos que producen elevación de la bilirrubinemia (rifampicina, probenecid, fenofibrato, ribavirina). En el síndrome de Gilbert se ha demostrado que el ascenso de la bilirrubina no conjugada tras la administración de rifampicina oral es mayor, con diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0,01$ ), que en los sujetos sanos tomados como control. Esto es debido a que el déficit genético de glucoronil-transferasa disminuye la captación hepática de la bilirrubina al dar el fármaco.

**CONCLUSIONES:** Este test, fácil y sin efecto adverso, puede ser útil en el diagnóstico de síndrome de Gilbert.

## V-12

# POLINEUROPATÍA AMILOIDÓTICA FAMILIAR TIPO I: ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE UNA SERIE DE 20 PACIENTES

S. Benito Conejero<sup>(1)</sup>, E. Molano Tejada<sup>(1)</sup>, J. López Domínguez<sup>(2)</sup>, I. Martín Suárez<sup>(1)</sup>,  
F. Cuesta López<sup>(1)</sup>, J. Rodríguez Sánchez<sup>(1)</sup>, C. Manzano Badía<sup>(1)</sup>, E. Pujol de la Llave<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Servicio de Medicina Interna; <sup>(2)</sup>Sección de Neurología. Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva.

**OBJETIVOS:** La polineuropatía amiloidótica familiar tipo 1 (PAF 1) es una amiloidosis hereditaria autonómica dominante, que se produce por una mutación puntual en el gen que codifica la transtirretina. El depósito progresivo de la transtirretina anómala en los tejidos origina las manifestaciones clínicas de la enfermedad, con afectación predominante del sistema nervioso periférico. El diagnóstico de PAF 1 se puede confirmar mediante la detección sérica de la transtirretina anómala o con análisis del ADN, actualmente el único tratamiento que permite detener la evolución clínica es el trasplante hepático. El propósito de la comunicación es describir el perfil clínico de nuestra casuística.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Revisamos las historias clínicas de los pacientes diagnosticados de PAF tipo 1 en nuestro Servicio desde 1988 hasta marzo de 2006. Mediante un cuestionario estructurado elaborado previamente, se obtuvo información de las manifestaciones clínicas, los métodos diagnósticos, la evolución y, en su caso, los resultados del trasplante hepático.

**RESULTADOS:** Nuestra serie de PAF 1 incluye 20 pacientes (18 varones). La edad media de inicio fue de 53,6 años, y en el 65% la clínica comenzó después de los 50 años. Sólo el 55% tenían antecedentes familiares conocidos. En todos los casos la polineuropatía constituyó la manifestación inicial y principal en su evolución. Durante el seguimiento un 95% presentó manifestaciones autonómicas (dificultad miccional, estreñimiento/diarrea, impotencia, eyaculación retrógrada, hipotensión ortostática), un 45% mal perforante plantar o

quemaduras, un 20% afectación ocular, el 20% cardiopatía de depósito y otro 20% afectación renal. En todos los casos el diagnóstico se confirmó mediante estudio sérico de la transtirretina anómala con el anticuerpo monoclonal FD6 que detecta la mutación TTRMet30; el análisis genético evidenció que 18 pacientes eran heterocigotos y 2 homocigotos. Se realizó biopsia a 17 pacientes (13 de nervio sural, 2 de mucosa rectal, 2 de grasa abdominal, 1 gástrica y 1 renal), y sólo fue negativa una de las biopsias de nervio sural. En 6 pacientes se realizó trasplante hepático dominó, a una edad media de 44 años. En todos se produjo una mejoría o estabilización de los síntomas, aunque 4 sufrieron diversas complicaciones postrasplante y 2 de ellos requirieron un retrasplante. Durante el seguimiento se produjeron 11 muertes (55%), a una edad media de 68,3 años.

**CONCLUSIONES:** 1. Aunque la PAF 1 es una enfermedad infrecuente, la existencia de un foco endémico en nuestra área sanitaria nos obliga a considerarla en el diagnóstico diferencial de los pacientes afectados de polineuropatía, incluso en ausencia de antecedentes familiares conocidos. 2. Es fundamental establecer un diagnóstico precoz para evaluar el momento idóneo de indicación del trasplante hepático que permitiría detener la progresión de los síntomas. 3. Las características clínicas de nuestra serie son similares a las descritas en la literatura, aunque hemos detectado un porcentaje superior de casos cuya clínica se inicia en edades tardías, lo que podría deberse a la coexistencia de factores genéticos y/o ambientales aún no conocidos.

## V-14

# EVOLUCIÓN DE INTERCONSULTAS REALIZADAS AL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS

I. Escot Cabeza, S. Domingo González, M. Martín Escalante, J. Aguilar García,  
R. Quirós López, F. Moreno Martínez, L. Mérida Rodrigo, J. García Alegría

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

**OBJETIVOS:** El perfeccionamiento de técnicas quirúrgicas y mejora en el control de factores de riesgo cardiovascular ha favorecido el ingreso de pacientes de edad avanzada plu-

riatológicos, lo que dificulta la atención integral por los servicios quirúrgicos. Para valoración y seguimiento durante el ingreso en la mayoría de ocasiones es requerido el médico

internista a través de interconsultas. El objetivo de este trabajo es valorar el incremento del número de interconsultas en los últimos 5 años de funcionamiento de nuestro centro hospitalario.

COT (129 a 273), Ginecología (31 a 63) y Cirugía (78 a 132) y en servicios médicos como Cardiología (34 a 82) y Digestivo (17 a 45). El número de pacientes ingresados durante el periodo de estudio en estos servicios fue de: en

INTERCONSULTAS POR AÑO Y SERVICIO					
	2001	2002	2003	2004	2005
COT	117	151	185	220	273
CIRUGÍA GENERAL	96	126	125	120	132
ORL	20	7	20	9	23
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA	49	37	44	43	67
UROLOGÍA	17	22	15	18	48
OFTALMOLOGÍA	4	3	1	3	5
CARDIOLOGÍA	32	58	88	73	82
NEUMOLOGÍA	6	21	17	19	17
DIGESTIVO	31	53	46	47	45
HEMATOLOGÍA	8	5	7	16	15
ANESTESIA	1	3	3	2	2
TOTAL	382	483	551	570	710

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Se trata de un estudio retrospectivo, observacional, descriptivo de las interconsultas realizadas al servicio de Medicina Interna desde 2001 hasta 2005. Los datos se obtuvieron de la base de datos de la Secretaría de Medicina Interna y de la información corporativa de la intranet del hospital Costa del Sol. Se analizaron las siguientes variables: servicio de procedencia, número de interconsultas y número de ingresos años en cada servicio.

**RESULTADOS:** En 5 años de estudio se observó un aumento progresivo hasta casi su duplicación, siendo 2001 de 382, 2002 de 491, 2003 de 557, 2004 de 575, y 2005 de 722. El aumento fue mayor en servicios quirúrgicos como

COT (1.384 a 1.711), Cirugía (1.985 a 2.171), Ginecología y Obstetricia (3.906 a 4.865), Digestivo (1.190 a 1.334), y Cardiología (1.293 a 1.821).

**DISCUSIÓN:** El incremento de interconsultas traduce el aumento de la complejidad de los pacientes ingresados en los servicios quirúrgicos y médicos.

**CONCLUSIONES:** El número de interconsultas a Medicina Interna ha aumentado de forma progresiva en los últimos 5 años hasta casi su duplicación. El aumento ha sido tanto en servicios quirúrgicos (COT, Cirugía General, y Ginecología y Obstetricia) como en servicios médicos (Digestivo y Cardiología).

## V-15

# NEFROTOXICIDAD DEL VALPROATO SÓDICO

A. Rodríguez Cuartero, R. Ríos Fernández, D. Vinuesa García, F. Pérez Blanco

Grupo de Investigación de Medicina Interna I. Hospital Clínico Universitario San Cecilio. Granada.

**OBJETIVOS:** La mayoría de los anticonvulsivantes tienen efectos nocivos sobre diversos órganos y sistemas y más, sobre todo, porque son tratamientos para toda la vida. El valproato sódico es el antiepiléptico más usado en la actualidad en el tratamiento de las crisis simples y complejas, epilepsia mioclónica y otros síndromes convulsivos. El objetivo de este trabajo es evaluar la toxicidad renal del valproato sódico sobre el riñón mediante la determinación de enzimas urinarias de localización proximal.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudiamos 70 sujetos de ambos sexos y de edades comprendidas entre 18 y 42 años, distribuidos de la forma siguiente: controles normales: 30 sujetos; pacientes epilépticos: 40 enfermos. Los enfermos estaban en tratamiento con monoterapia (300-500 mg /día) entre 2 y 5 años y estaban con controles plasmáticos en rango normal. Se descartaron los enfermos con alguna patología renal previa. La enzima NAG se determinó por el método espectrofotométrico

de Horack. Paralelamente se realizaron estudios séricos y urinarios de la función renal.

**RESULTADOS:** Se exponen de forma resumida en la Tabla 1. La actividad urinaria de la NAG fue mayor en los pacientes epilépticos tratados con valproato que en los controles, con significación estadística ( $p < 0,01$ ) y hubo diferencias significativas en los tratados durante menos de 5 años y en los de más de 5 años ( $p < 0,05$ ).

**CONCLUSIONES:** El valproato sódico produce lesión tubular proximal, como se demuestra por la elevación de la NAG urinaria, isoenzima de localización lisosómica en las

	NAG( U/gCr)
Controles	7,2 ± 2
Pacientes (2-5 años tto.)	26,1 ± 3,2
Pacientes (> 5 años tto.)	35,3 ± 4,1

células del túbulo proximal. Sólo en raros casos se ha descrito síndrome de Fanconi adquirido (glucosuria, fosfaturia, acidosis tubular proximal).

## V-16

# MANEJO DEL PACIENTE TERMINAL SUBSIDIARIO DE TRATAMIENTO PALIATIVO EN UNA PLANTA DE MEDICINA INTERNA

F. Carmona Espinazo, E. Ruiz Blasco, D. Gutiérrez Saborido,  
R. Gámiz Sánchez, A. Mogollo Galván, A. Macías Carmona

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

**OBJETIVOS:** Describir las características clínicas de pacientes no oncológicos ingresados y fallecidos en nuestro Servicio de Medicina Interna, excluyendo la UCP.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Se recogieron las historias clínicas de los fallecidos desde el 1 de enero de 2003 al 31 de diciembre de 2004, excluyendo aquellos con patología oncológica, los fallecidos en la UCP y los que carecían de comorbilidades de base. Se analizaron las siguientes variables: sexo, edad, síntoma y diagnóstico al ingreso, comorbilidades de base, aplicación de tratamiento sintomático y causas del exitus.

**RESULTADOS:** De 191 pacientes (447 exitus en total) se obtuvieron los siguientes resultados: • Sexo: 101 varones y 90 mujeres. • Edad media: 76 años. Mediana 80 años. • Síntoma y diagnóstico más frecuente al ingreso: el síntoma fue la disnea y el diagnóstico, la infección respiratoria. • Comorbilidades de base: 53% cardiopatas; 32% broncopatas; 27% demencia, y 30% ACVA. • Número de pacientes tratados

con tratamiento sintomático (analgesia/sedación): 11 (6% del total). • Causa del exitus: infección respiratoria: 21%; sepsis: 18%; cardiopatía: 17%.

**DISCUSIÓN:** Cada vez parece más evidente y se hacen más esfuerzos en el tratamiento paliativo de pacientes oncológicos ingresados en una UCP. No ocurre de igual forma cuando se trata de pacientes no oncológicos, aunque cumplan criterios de terminabilidad. Creemos, y eso apoyamos con nuestro estudio, que aquellos pacientes que cumplen criterios de terminabilidad por insuficiencia de órgano deben ser tratados con los criterios internacionalmente aceptados como de cuidados paliativos.

**CONCLUSIONES:** • Un 45% de los pacientes que fallecen en nuestro Servicio están afectados de insuficiencia de algún órgano como enfermedades progresivas e incurables de causa no oncológica, siendo la más frecuente la patología cardíaca y la broncopatía. • Sólo un 6% de los pacientes recibieron tratamiento sintomático, entendido este como analgesia/sedación.

## V-17

## ENFERMEDAD DE FABRY EN LA PROVINCIA DE HUELVA. PRESENTACIÓN DE UNA SERIE DE TRES CASOS

A. Escalera Zalvide, I. Martín Suárez, J. Rodríguez Sánchez,  
E. Molano Tejada, S. Benito Conejero, M. Franco Huerta, E. Pujol de la Llave

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva.*

**OBJETIVOS:** Describir los casos diagnosticados de esta enfermedad en nuestra provincia que realizan seguimiento en nuestra consulta y conocer la clínica presente en el momento del diagnóstico, así como la respuesta al tratamiento.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Revisión de las historias clínicas de estos enfermos y recogida de datos clínicos, analíticos y de pruebas complementarias.

**RESULTADOS:** *Caso 1:* Varón de 14 años diagnosticado de enfermedad de Fabry desde los 8. Debutó como episodios febriles recurrentes, dolor abdominal y diarrea que se exacerbaban al comer comidas grasas y clínica neuropática periférica. Presentaba angioqueratomas cutáneos, y en el examen oftalmológico una cornea verticilada. Portador de la mutación R227X del gen de la GLA, con niveles indetectables en plasma de alfa-galactosidasa A. Desde 2003 se inicia tratamiento sustitutivo con agalsidasa alfa a dosis de 0,2 mg/kg en infusión intravenosa cada 2 semanas. Tras 2 años de tratamiento enzimático con excelente tolerancia desaparece la clínica neuropática periférica, manteniendo clínica abdominal de menor intensidad y sin desarrollo de otras complicaciones frecuentes de la enfermedad de Fabry. *Caso 2:* Mujer de 30 años. Madre de varón afecto. Seguida desde abril de 2003. Presentaba al diagnóstico angioqueratomas en tronco, clínica gastrointestinal (dolor abdominal y diarrea), síndrome vertiginoso de perfil central, pérdida de agudeza visual en OD, acúfenos con hipoacusia neurosensorial leve, astenia, y migraña. Presentaba córnea verticilada en el examen oftalmológico. Portadora heterocigota de la mutación R227X del exón 56 del gen de la GLA con niveles de alfa-galactosidasa A 472,00 nmol/min/g de proteína. Se realiza el diagnóstico clínico de mujer portadora sintomática, iniciándose tratamiento sustitutivo con agalsidasa alfa en infusión i.v. cada 2 semanas con excelente tolerancia, experimentando mejoría clínica con persistencia de los síntomas en mucha menor intensidad. Desarrolló clínica polineuropática, con parestias en manos y pies de predominio nocturno, autolimitadas. Ha precisado tratamiento psiquiátrico

por síndrome depresivo. Hasta el momento actual, no ha desarrollado otras complicaciones clínicas en relación con su enfermedad de Fabry. *Caso 3:* Varón de 62 años, abuelo de varón afecto y padre de portadora heterocigota. Tabaquismo moderado como único factor de riesgo cardiovascular. Al diagnóstico, clínica gastrointestinal con vómitos ocasionales, síndrome vertiginoso con gran componente vegetativo, deterioro cognitivo progresivo en los 2 últimos años y clínica neuropática sensitiva en palmas y plantas. Presentaba angioqueratomas diseminados y telangiectasias peribucuales. En la analítica destacaba la presencia de proteinuria, con función renal conservada e hipertrofia ventricular izquierda importante en estudio ecocardiográfico no atribuible a otros factores de riesgo. La audiometría mostró datos de hipoacusia neurosensorial y en RNM de cráneo se apreciaban lesiones desmielinizantes isquémicas, múltiples, que no presentaba en estudio previo 4 años antes. En el diagnóstico molecular el paciente era portador heterocigoto R227X en paciente con cariotipo 46XY con niveles plasmáticos de alfa-galactosidasa A de 432,00 nmol/min/g de proteína. Se inició tratamiento con agalsidasa alfa en infusión i.v. cada 2 semanas, con mejoría clínica.

**CONCLUSIONES:** La enfermedad de Fabry es una enfermedad poco frecuente en nuestro medio. Las manifestaciones gastrointestinales, cutáneas y polineuropáticas se presentan como la clínica de mayor entidad en el momento del diagnóstico en nuestra serie. Sin embargo, la afectación renal, cerebrovascular y cardíaca suelen ser las que implican un pronóstico sombrío a esta enfermedad. El tratamiento sustitutivo con agalsidasa alfa consigue de forma eficaz una reducción de los síntomas, una notable mejora en la calidad de vida de los pacientes y posiblemente pueda prevenir de la aparición de complicaciones orgánicas graves. La existencia de un varón de edad avanzada afecto con niveles enzimáticos similar a los de su hija siendo una enfermedad ligada al cromosoma X puede deberse a que este caso se comporta como un mosaicismo.

## V-18

## CONCORDANCIA DIAGNÓSTICA ENTRE URGENCIAS Y MEDICINA INTERNA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL. ESTUDIO PRELIMINAR

**D. Sánchez Cano, G. Biosca Echenique, J. Cantero Hinojosa, I. Aomar Millán,  
D. Vinuesa García, M. Parejo Sánchez, A. Pardo Cabello, C. Tomás Jiménez**

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico Universitario San Cecilio. Granada.*

**OBJETIVOS:** La consulta de un paciente al Servicio de Urgencias (SU) pone en marcha todo un proceso que tiene como fin establecer una adecuada aproximación diagnóstica y terapéutica. El error diagnóstico es un acontecimiento adverso que puede ocurrir y los SU son áreas de especial alto riesgo, aunque con frecuencia no existe un sistema de vigilancia al respecto ni estimación del mismo. Nuestro

(A); no coincidente pero sindrónicamente correcto (B); y erróneo (C). A más B se consideraron aciertos diagnósticos en el análisis estadístico. En caso de C, se determinó si el error se debía a insuficiente valoración clínica, radiológica, analítica, electrocardiográfica u otras. Análisis estadístico: bivariante mediante  $\chi^2$ , regresión logística binaria mediante método introducir.

**Tabla 1. Modelo de regresión. Variables en la ecuación**

	Wald	gl	Sig.	Exp (B)
EDAD	0,162	1	0,687	1,033
SEXO (mujer)	0,752	1	0,386	3,805
HORENTR	2,348	2	0,309	
HORENTR	2,348	1	0,125	0,104
HORENTR	0,000	1	1,000	0,000
Exist. COMPLICACIONES	0,099	1	0,752	0,613
N.º días estancia	2,191	1	0,139	1,140
I	0,000	3	1,000	
II	0,000	1	1,000	2,094
III	0,000	1	0,999	3,443
IV	0,000	1	1,000	3,595
Constante	0,000	1	0,999	0,000

objetivo es estimar el índice de concordancia diagnóstica entre Medicina Interna y SUE, así como su relación con diversas variables.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio observacional prospectivo. Se analizaron las historias clínicas de 51 pacientes atendidos en el SUE e ingresados en Medicina Interna (13-28 de marzo de 2006). Datos recogidos: edad; sexo; horario de entrada en Urgencias, motivo de consulta; nivel de prioridad adjudicado, diagnóstico en Urgencias; ingreso en camas ectópicas, n.º de días; presencia de complicaciones en el ingreso, días de estancia hospitalaria; diagnóstico principal en el informe de alta o epicrisis; y destino al alta. Se establecieron tres niveles de concordancia: diagnóstico coincidente

**RESULTADOS:** Ninguna de las variables estudiadas fue predictora para la concordancia entre ambos servicios, siendo el índice de aciertos del 90%. En la **Tabla 1** queda recogido el modelo de regresión logística final.

**DISCUSIÓN:** La concordancia diagnóstica en nuestro estudio es alta, con un índice de error del 10%, y similar a otros trabajos previos (0,6-14,6%). En los mismos tampoco se había encontrado relación entre las variables estudiadas y el error diagnóstico.

**CONCLUSIONES:** Con el tamaño muestral actual no hemos detectado factores asociados a la concordancia, siendo ésta una variable que debe explicarse por motivos diferentes a los estudiados.

## V-19

## ESTUDIO DESCRIPTIVO DEL FENOTIPO DE PACIENTES CON TOS POR IECA

R. Fernández Parrilla, M. González Benítez, M. Beltrán Robles, M. Pérez Benito,  
C. Bautista Vidal, A. Grilo Reina

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Valme. Sevilla.

**OBJETIVOS:** La tos es un efecto secundario frecuente en el tratamiento con IECA, descrito hasta en un 20% de los pacientes a los que se les administra. En muchos casos obliga a su suspensión en hipertensos que estaban bien controlados con dicha medicación. Nuestro objetivo es el de identificar

las características fenotípicas de hipertensos en los que se ha demostrado tos por IECA.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Fueron incluidos 59 pacientes hipertensos en los que se había demostrado tos por IECA: relación temporal de la aparición de la tos con la introducción de IECA y desaparición de la misma tras la retirada de dicha medicación. Las variables cuantitativas fueron resumidas mediante medias  $\pm$  desviación estándar (medianas y cuartiles en distribuciones asimétricas), y las cualitativas mediante frecuencias y porcentajes.

**RESULTADOS:** Las variables analizadas se resumen en la Tabla 1.

**DISCUSIÓN:** En otras series donde se estudian pacientes con tos por IECA, se ha visto mayor frecuencia en pacientes ancianos, mujeres, raza china y no fumadores. Los pacientes aquí estudiados se ajustan a dichos resultados, lo que podría abrir la puerta a otros estudios de índole genética en busca de polimorfismos implicados en este efecto secundario, de tal manera que pudiéramos determinar la predisposición genética de los pacientes a presentar este efecto.

**CONCLUSIONES:** El fenotipo más frecuente de los pacientes que han presentado tos con la administración de IECA en nuestra serie ha resultado ser mujer mayor de 60 años, obesa, dislipémica, no fumadora, sin diabetes ni SAOS ni patología tiroidea, a pesar de que éstos eran procesos muy prevalentes en nuestra población estudiada. Lo anterior viene a apoyar lo concluido en otras series estudiadas.

Tabla 1. Características fenotípicas	
VARIABLES	N = 59
MUJER	33 (55,9%)
HOMBRE	26 (44,1%)
EDAD	61 $\pm$ 12
PERÍMETRO DE CUELLO	39,74 $\pm$ 4
PERÍMETRO ABDOMEN	104,6 $\pm$ 13
IMC (kg/m <sup>2</sup> )	32,5 $\pm$ 5,8
TABAQUISMO	20 (33,9%)
SAOS	17 (32,7%)
PATOLOGÍA TIROIDEA	10 (17,5%)
DM	23 (39%)
DISLIPEMIA	43 (72,9%)
OTROS EFECTOS SECUNDARIOS	Angioedema: 4 (6,8%) Edemas genitales: 1 (1,7%)

V-20

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN DEL  
SERVICIO DE MEDICINA INTERNA EN PACIENTES  
DE ALTA COMPLEJIDAD QUIRÚRGICA

H. Kessel Sardiñas<sup>(1)</sup>, A. Barnosi Marín<sup>(2)</sup>, B. Cervantes Bonet<sup>(2)</sup>,  
F. Díez García<sup>(2)</sup>, J. Montes Romero<sup>(2)</sup>, F. Gamir Ruiz<sup>(2)</sup>

<sup>(1)</sup>Unidad de Valoración Geriátrica; <sup>(2)</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Torrecárdenas. Almería.

**OBJETIVOS:** Los problemas del anciano hospitalizado en servicios quirúrgicos incluyen no solamente la resolución del proceso que motiva el ingreso, sino el control posterior de su pluripatología de base, generalmente crónica, la garantía de continuidad asistencial y la prevención de la discapacidad, situaciones, en ocasiones, ajenas al proceso primario, pero que generan un aumento importante de la estancia hospitalaria y demandan interconsultas a diferentes servicios. Analizamos los resultados de asumir esta asistencia a través de la integración de programas asistenciales que incluyen diferentes especialistas y profesionales, dirigidos a la problemática perioperatoria del anciano hospitalizado.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Para identificar todos los factores predecibles que pueden generar una prolongación de la estancia hospitalaria desde el momento del ingreso, los que podrían dificultar el alta del paciente en el momento de producirse la misma, la comorbilidad oculta susceptible de descompensarse, y los que podrían poner en peligro la continuidad asistencial, se realiza una valoración de todos estos factores por parte de los médicos de Medicina Interna, cirujanos, enfermería, trabajador social y rehabilitadores,

diseñando un programa integrado individual de gestión de casos, que se evalúa semanalmente. Se exponen los resultados de aplicar este sistema de trabajo durante 4 meses consecutivos, en los Servicios de Traumatología y Cirugía vascular, comparándolos con igual periodo del año anterior.

**RESULTADOS:** Se incluyeron 263 pacientes en el programa, con un seguimiento medio de  $7,7 \pm 1,4$  días. La estancia media en Traumatología descendió 1,20 días/paciente, lo que significa un ahorro de 354 días de estancia global. En Cirugía vascular el ahorro de estancias alcanzó los 40 días. Se produjeron 8 fallecidos y 1 reingreso. Más de la mitad de los pacientes se incluyeron en programas de rehabilitación ambulatoria o domiciliaria. Siete pacientes necesitaron ser trasladados a Unidades de media estancia.

**CONCLUSIONES:** El trabajo de gestión de casos en Medicina perioperatoria con ancianos complejos, integrando programas asistenciales de diferentes especialistas desde los médicos del servicio de Medicina Interna, consigue disminuir la estancia media, la incapacidad al alta, garantizar la continuidad de cuidados, y mejorar la asistencia en servicios quirúrgicos.

V-21

'DELIRIUM', UN CLÁSICO FALLO EN LA ATENCIÓN  
Y EL CONOCIMIENTO Y EL OLVIDO DE  
UN DIAGNÓSTICO IMPORTANTE

J. Trujillo Pérez, M. Requena Pou, M. Mateas Moreno, S. Bermudo Conde,  
S. Reyes Pozo, F. Jódar Morente, M. Linares, N. Marín Gámez

Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario de Jaén.

**INTRODUCCIÓN:** *Delirium* es una condición amenazadora, potencialmente prevenible y frecuente. Afecta al 50% de los postoperatorios mayores de ancianos, al 25% de los pacientes médicos hospitalizados, al 75% de los ingresados en UCI y está presente en el 83% de los moribundos. Es una complicación común, y que prolonga las estancias un 20%. Aumenta

el gasto en cuidados hasta el 25%. Y, sobre todo, determina pérdida de la autonomía, se asocia a una mortalidad aguda superior a la de la sepsis y el infarto cardiaco, limita la vida al año en un 40%, y causa un elevado sufrimiento humano.

**OBJETIVOS:** Revisión y análisis de la frecuencia e importancia del diagnóstico de *delirium*.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Se analizó la casuística de un Servicio médico finalista con 3.200 ingresos/año, más de un 65% de ancianos entre sus pacientes, 8,5 días de EM, un índice de *case-mix* de 1,0118, y un índice funcional de 0,967. Se excluyeron los casos de *delirium* relacionados con abstinencia alcohólica (GRD 751, 5 casos). Variable clave: frecuencia oficial de *delirium*. Investigación evaluativa y en resultados de salud.

**RESULTADOS:** Sobre una muestra de 2.085 altas (65% del total) caracterizada por un 54% de hombres y un 46% de mujeres, edad media: 68,52 años (IC 95%: 67,97-68,6), el diagnóstico primario de *delirium* es "raro" y, de hecho, sólo aparece en 10 casos (0,47%). En 5 (0,23%) casos más fue un diagnóstico secundario, habitualmente complicación post-ictus, efecto fármaco, o fallo cardiorrespiratorio. *Delirium* no está incluido entre los 10 diagnósticos principales, ni representado en el 77,7% de los problemas más frecuentes en un Servicio de Medicina Interna. Aun considerándolo como complicación, sigue siendo un suceso infrecuente. Los datos comparativos 2004-2005 son elocuentes: la incidencia

de *delirium* en el producto finalista está infrarrepresentada y no mostró cambio significativo. Alternativamente, sin embargo, después del dolor, la disnea y la necesidad de información, es la cuarta causa más común de llamada al equipo de guardia.

**DISCUSIÓN:** El carácter fluctuante de los síntomas, la relativa costumbre de obviar la valoración de la función mental superior, la asunción errónea según la cual *delirium* es equivalente a algún estado impreciso de demencia y, quizás más probablemente, una cierta impresión de que *delirium* no es un "diagnóstico importante"..., tal vez justifiquen un cierto fracaso endémico en la atención y el conocimiento de este problema médico, ciertamente un diagnóstico esencial, pero banalizado. Sin diagnóstico no cabe esperar continuidad asistencial, ni prevención. Finalmente, *delirium* pasará a ser, en breve, un indicador de calidad y seguridad en la asistencia de los pacientes médicos. Conviene estar alertados.

**CONCLUSIONES:** El *delirium* es mal reconocido por los médicos asistenciales que redactan informes de alta, pese a ser un diagnóstico clínico frecuente.

## V-22

# SEPSIS, UNA CLÍNICA FRECUENTE Y UN GRD POCO COMÚN

S. Bermudo Conde, J. Trujillo Pérez, M. Requena Pou, M. Mateas Moreno,  
A. Márquez García, S. Reyes Pozo, M. Linares, N. Marín Gámez

*Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario de Jaén.*

**INTRODUCCIÓN:** La sepsis es una causa importante de morbimortalidad hospitalaria, especialmente en las unidades de terapia intensiva, y de manera también frecuente en los servicios médicos. Anualmente a nivel mundial afecta a un millón y medio de habitantes, con una incidencia anual y mortalidad elevadas. La agresión al organismo humano por cualquier agente externo origina como respuesta la activación de mecanismos inmunológicos defensores, tendientes a limitar los daños y restablecer la homeostasia. El conjunto de estos mecanismos constituye lo que se conoce con el nombre de *síndrome de respuesta inflamatoria sistémica* (SIRS, por sus siglas en inglés). La sepsis se define como síndrome de respuesta inflamatoria sistémica a la infección, documentada por hemocultivo o por evidencia clínica de un foco séptico. Su diagnóstico puede no ser reflejado en los informes médicos en aquellas situaciones donde la evolución ha sido favorable, pudiendo pasar así desapercibido a la hora de codificarlo.

**OBJETIVOS:** Revisión de diagnósticos documentados de sepsis, determinando su frecuencia oficial.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** En nuestro estudio, se ha analizado la casuística de un Servicio médico finalista con 3.200 ingresos/año, más de un 65% de ancianos entre sus pacientes, 8,5 días de EM, un índice de *case-mix* de 1,0118, y un índice funcional de 0,967. Variable clave: frecuencia oficial

de sepsis. Investigación evaluativa y en resultados de salud.

**RESULTADOS:** Sobre una muestra de 2.085 altas (65% del total) caracterizada por un 54% de hombres y un 46% de mujeres, edad media de 68,52 años (IC 95%: 67,97-68,6), el diagnóstico primario de sepsis es inusual. Aparece en 15 casos (0,71%), y en 23 casos más (1,10%) fue un diagnóstico secundario, sin poder especificar en la mayoría el agente etiológico causante. No está incluido entre los 10 diagnósticos principales, ni representado en el 77,7% de los problemas más frecuentes de un Servicio de Medicina Interna.

**DISCUSIÓN:** Aun considerando la sepsis como complicación, o segundo diagnóstico, sigue siendo un suceso infrecuente, estando mal representada en los informes médicos. La localización de una fuente primaria de infección quizás haga obviar en muchos casos la respuesta inflamatoria secundaria que se produce en un número elevado de pacientes, infradiagnosticando, en cierta medida, estas situaciones de sepsis. Es importante también resaltar el hecho de que en aquellos casos donde se refleja este diagnóstico de manera muy aislada se consigue determinar el agente etiológico causante, siendo la septicemia sin especificar la forma más frecuente de codificarlo.

**CONCLUSIONES:** La sepsis es insuficientemente detectada por los médicos asistenciales que redactan informes de alta, pese a ser un problema médico común.

V-23

AGRANULOCITOSIS POR METAMIZOL:  
ANÁLISIS DE 13 CASOS

L. Mérida Rodrigo<sup>(1)</sup>, R. Quirós López<sup>(1)</sup>, V. Faus Felipe<sup>(2)</sup>, F. Poveda Gómez<sup>(1)</sup>,  
J. Aguilar García<sup>(1)</sup>, L. Hidalgo Rojas<sup>(1)</sup>, F. Martos Pérez<sup>(1)</sup>, J. García Alegría<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Servicio de Medicina Interna; <sup>(2)</sup>Servicio de Farmacia. Hospital Costa del Sol. Marbella (Málaga).

**OBJETIVOS:** Analizar las características clínicas, microbiológicas y evolutivas de una serie de casos con agranulocitosis por metamizol.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio descriptivo de pacientes con diagnóstico de ingreso de agranulocitosis secundaria a metamizol en el CMBD. Periodo: 1998-2003. Variables incluidas: demográficas, clínicas, diagnósticas, microbiológicas y terapéuticas. La agranulocitosis se definió como grave: neutrófilos inferiores a 500/mL, moderada: de 500 a 1.000/mL, y leve: entre 1.000 y 1.500/mL. Lugar: Hospital General de Segundo Nivel. Población de referencia: 300.000 habitantes.

**RESULTADOS:** Se ingresaron un total de 13 pacientes, con una edad media de 56,7 años (47,2-66,2, IC 95%). El 69,2% (N = 9) eran mujeres y 8 fueron extranjeros (61,5%), 5 de ellos procedentes del Reino Unido. Un 30,8% (4 pacientes) tomaban de forma habitual analgésicos, siendo el motivo más frecuente artralgias difusas. En 5 enfermos (38,5%) el metamizol se prescribió tras una intervención quirúrgica. Los motivos de consulta fueron fiebre (N = 8), malestar general (N = 2) y por síntomas inespecíficos (N = 3). Se objetivó fiebre > 38 °C en 10 pacientes y en 8 se pudo identificar el foco responsable (infección de partes blandas: 4; infección respiratoria: 2, e infección abdominal: 2). Las variables analíticas al ingreso fueron: Hb 10,5 g/dL (IC: 9,4-11,6), leucocitos 2.413/mL (IC: 744-4.082), plaquetas

224.384/mL (IC: 142.899-305.870) con un nadir promedio de leucocitos de 327/mL (IC: 49,4-605,3). Respecto a datos microbiológicos, 4 pacientes presentaron hemocultivos positivos (30,8%) (2 *Pseudomonas aeruginosa*, 1 *Staphylococcus haemolyticus*, 1 *Escherichia coli*) y 2 pacientes cultivo de esputo positivo (1 *E. coli*, 1 *P. aeruginosa* y *Stenotrophomonas maltophilia*). Un total de 10 enfermos ingresaron en el servicio de Medicina Interna (3 pacientes con ingreso previo en UCI) y el resto en otros servicios. Un 75% (N = 9) de los casos presentó al ingreso una neutropenia grave, el 16,7% (N = 2) moderada y un 8,3% leve (N = 1). El tratamiento antibiótico fue prescrito en 12 ingresos (92,3%) y en 10 (76,9%) factor estimulante de colonias de granulocitos (G-CSF). La duración media de la neutropenia fue de 21,8 días (6,2-37,4; IC 95%), con una mediana de 8 días, y falleció un paciente (7,7%). La estancia media del ingreso fue de 23,5 días (8,2-38,7; IC 95%).

**CONCLUSIONES:** 1. En nuestro medio la agranulocitosis secundaria a metamizol es más frecuente en mujeres extranjeras (británicas) que tienen incrementado el riesgo de presentar este efecto adverso. Aun siendo infrecuente en términos de exposición, dada la trascendencia del mismo, se debe evitar el uso de este fármaco en esta población. 2. Si bien la mayoría de los pacientes presentan neutropenia grave, el tratamiento combinado con antibióticos y G-CSF permite la recuperación de la mayoría de los enfermos.

V-25

ANÁLISIS DE ADENOPATÍAS DERIVADAS  
DESDE ATENCIÓN PRIMARIA A CONSULTA  
DE ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA Y TERAPÉUTICA

J. García Moreno, P. Rodríguez Ortega, A. Escalera, M. Franco, B. Barón Franco, E. Pujol de la Llave

Servicio de Medicina Interna. Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva.

**INTRODUCCIÓN:** En el ámbito de consultas externas se están produciendo profundos cambios. Se buscan nuevos modelos para el diagnóstico ambulatorio que resuelvan el proceso diagnóstico en una primera consulta rápida y acce-

sible, con un mínimo de visitas sucesivas, sin necesidad de hospitalización aun en procesos de complejidad diagnóstica.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Desde el año 2000 realizamos una actividad asistencial en dos consultas externas de Medi-

cina Interna, situadas en Centro Periférico de Especialidades. Trabajamos con pacientes derivados exclusivamente desde atención primaria, con la finalidad de realizar un estudio ambulatorio de alta resolución en este ámbito. Nuestra consulta se ha convertido en consulta de referencia en la provincia de Huelva para el estudio de adenopatías de forma ambulatoria. Esta patología requiere un rápido cribado a fin de decidir desde el punto de vista clínico aquellas que deben ser subsidiarias de estudio complejo. Se trata, además, de una patología que debe ser dirigida en el estudio de forma íntegra en tanto que el diagnóstico puede necesitar de valoración multidisciplinaria entre distintas especialidades. Revisamos las historias de los pacientes cuyo motivo de derivación fue adenopatía/s durante los 2 últimos años.

**RESULTADOS:** Los pacientes derivados desde atención primaria por adenopatía/s fueron 90, lo que supone el 1,9% de todos los pacientes nuevos derivados (4.744 pacientes nuevos vistos en 2004-2005). 50 mujeres, 40 hombres. El tiempo en el que se ven por primera vez se ajusta a los plazos establecidos por el decreto de derivación. El tiempo de estudio de las adenopatías que se biopsiaron fue de 28 días como media. Las adenopatías que no se biopsiaron y se dieron de alta sin estudios complementarios en consulta de acto único fueron el 17,7% del total de adenopatías derivadas. Se realizaron 40 biopsias (PAAF 9, en todas las PAAF se realizó posteriormente biopsia al ser positivas para neoplasia que requerían más material para la realización de técnicas especiales). La edad media de los pacientes biopsiados fue de 47,1 años (24-71 años), de los pacientes no biopsiados 34,7 años

(15-76 años). Se biopsiaron 20 adenopatías únicas (cervicales 8, submaxilar 4, supraclavicular 4, axilar 2, retroauricular 2). De las adenopatías únicas, 18 no se biopsiaron (12 cervicales, 2 supraclavicular, 2 axilar, 2 occipital). Pacientes con adenopatías múltiples: 52, se biopsiaron 20 (10 cervicales, 2 supraclavicular, 6 inguinales, 2 axilar), no se biopsiaron 32, 4 de localizaciones múltiples. Se diagnosticaron (linfomas: 22; adenoma pleomorfo: 6; metástasis adenocarcinoma: 2; enfermedad de Castleman: 2; TBC ganglionar: 6; linfadenitis reactiva: 2). Biopsias patológicas: 95%; neoplasias: 65%. La más frecuente: linfoma (60%). Diagnóstico de adenopatías. No biopsiadas al alta: microadenopatías cervicales inespecíficas 14, adenopatía cervical única reactiva 14, adenopatías inguinales no significativas 6, microadenopatías axilares inespecíficas 4, absceso 4, síndrome mieloproliferativo 2, Ca. mama 2, VIH 2, EII 2. Sólo 8 pacientes de los derivados tenían alteraciones analíticas. Los factores que determinaron la realización de biopsia fueron el tamaño del ganglio, la edad del paciente y el número de adenopatías, aunque estos dos últimos factores, sin significación estadística.

**CONCLUSIONES:** La valoración clínica es el método diagnóstico más fiable para la determinación de la patología potencialmente grave (en el caso de las adenopatías). Se asegura con ello la alta rentabilidad diagnóstica de las técnicas invasivas. Las unidades de alta resolución son eficaces en el estudio ambulatorio de la patología grave, sin que en la patología banal se realicen estudios innecesarios, quedando ésta fuera del circuito de especializada, en el primer nivel asistencial (atención primaria).

## V-26

# GRADO DE IMPLANTACIÓN Y SEGUIMIENTO DE UN PROTOCOLO DE MANEJO Y TRATAMIENTO HOSPITALARIO DE LA AGUDIZACIÓN DE LA EPOC EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL

V. Rodríguez Martínez<sup>(1)</sup>, J. Calvo Bonachera<sup>(2)</sup>, G. Gómiz<sup>(1)</sup>, M. Gálvez Contreras<sup>(1)</sup>, B. Cervantes Bonet<sup>(1)</sup>, F. Gamir Ruiz<sup>(1)</sup>, J. Montes Romero<sup>(1)</sup>, F. Díez<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Servicio de Medicina Interna; <sup>(2)</sup>Servicio de Neumología. Hospital Torrecárdenas. Almería.

**OBJETIVOS:** El objetivo principal de este estudio es valorar el grado de adecuación del tratamiento antibiótico utilizado en nuestro centro en agudizaciones de la EPOC a un protocolo de actuación consensuado entre los servicios implicados y basado en las distintas recomendaciones y guías de práctica clínica actualmente disponibles. Objetivos secundarios son: 1. Conocer el perfil epidemiológico y clínico de los pacientes que ingresan en nuestro centro por agudización de EPOC. 2. Conocer el consumo de recursos generado por esta patología.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Se trata de un estudio retrospectivo y descriptivo. Se han recogido los pacientes ingresados por agudización de EPOC entre enero y junio de 2004, estimándose un tamaño muestral para el objeto de este estudio de 30 pacientes ( $p = 70\%$ ;  $\epsilon = 15\%$ ; confianza = 95%). Las historias revisadas se han seleccionado mediante un proceso de muestreo aleatorio sistemático. Los datos se han recogido a partir de un protocolo de recogida de datos que incluye datos epidemiológicos, clínicos, pruebas complementarias solicitadas durante el ingreso, riesgo de

infección por *Pseudomona aeruginosa* y tratamientos antibióticos indicados en Urgencias y en planta de hospitalización.

**RESULTADOS:** De los 30 pacientes incluidos, 28 son hombres y 2 mujeres, con una edad media global de 72,2 años. Ocho pacientes ingresaron a cargo de Medicina Interna, y 22 a cargo de Neumología. Respecto a las características de los pacientes ingresados, el 56,6% tenían ingresos previos por agudización de EPOC, el 73% presentaba comorbilidad significativa, y el 33,3% tenían oxígeno domiciliario. 17 de los 30 pacientes (56,6%) presentaban riesgo aumentado de infección respiratoria por *P. aeruginosa*. La  $PO_2$  media del grupo estudiado fue de 60,03, y la  $PCO_2$  de 50,16. En relación con el consumo de recursos cabe señalar que se solicitaron una media por ingreso de 2,3 Rx de tórax, 3,2 analíticas y 2,86 gasometrías arteriales. Se realizó al menos un ECG en 25 de los 30 pacientes. Se solicitaron muestras de esputo en 14 (46,6%), obteniéndose aislamientos clínicamente significativos en 5 casos. La estancia media del conjunto de casos fue de 12,46 días. Se ha realizado un tratamiento adecuado

al protocolo establecido en el 63% de los casos en Urgencias y en el 66% de los casos en planta. Los antibióticos más usados en Urgencias fueron amoxicilina-clavulánico (41%) y levofloxacino (31%), mientras que en planta los antibióticos más usados fueron levofloxacino (40%), ceftriaxona (26,6%), ciprofloxacino (23%) y amoxicilina-clavulánico (20%).

**CONCLUSIONES:** 1. El perfil de los pacientes estudiados responde a pacientes de edad avanzada, con alta tasa de comorbilidad y frecuentes ingresos previos por EPOC. 2. Algo más de la mitad de los pacientes estudiados presenta riesgo aumentado de infección por *P. aeruginosa*. 3. La estancia media está ligeramente elevada en relación con los estándares, lo que se puede justificar por la elevada tasa de comorbilidad. 4. En menos de la mitad de los casos se han solicitado muestras de esputo. 5. Adecuado perfil de prescripción de antibióticos para agudización de EPOC que precisa ingreso hospitalario, aunque mejorable en relación con el uso de asociaciones de antibióticos no justificadas en el tratamiento en planta.

## V-27

# USO DE METFORMINA EN PACIENTES DIABÉTICOS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

B. Cervantes Bonet, J. Montes Romero, F. Gamir Ruiz,  
F. Díez García, A. Lazo Torres, M. Pageo, M. Lago

Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Torrecárdenas. Almería.

**OBJETIVOS:** La metformina es uno de los antidiabéticos orales (AO) más útiles en pacientes diabéticos, siendo de primera elección cuando existe obesidad o sobrepeso. La metformina es una biguanida y esta familia de fármacos se ha asociado clásicamente a efectos adversos graves (acidosis metabólica especialmente), por lo que su prospecto señala múltiples contraindicaciones para evitar este problema. El objetivo del estudio fue comprobar la adecuación de la prescripción de metformina en cuanto a sus contraindicaciones de uso.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio retrospectivo realizado sobre los informes de alta hospitalaria de pacientes ingresados en un Servicio de Medicina Interna entre marzo de 2004 y marzo de 2005. Se analizaron las características de los pacientes a los que se les indicó tratamiento al alta con metformina. Se consideraron contraindicaciones cualquiera de las siguientes: hipersensibilidad al fármaco, cetoacidosis o precoma diabéticos, insuficiencia renal (creatinina > 1,5 mg/dL en varones y > 1,4 mg/dL en mujeres), patología aguda con riesgo de alteración de la función renal como: deshidratación, infección grave, shock y administración intravascular de productos de contraste yodados; enfermedad aguda o crónica capaz de provocar una hipoxia tisular, como insuficiencia cardíaca o respiratoria o infarto de miocardio reciente; insuficiencia hepática, intoxicación alcohólica aguda, alcoholismo y lactancia.

**RESULTADOS:** De los 1.712 informes de alta hospitalaria codificados, en 513 (30%) la diabetes era una diagnóstico principal o asociado. La mediana de la edad de los pacientes fue de 76 años (20-97) y tenían una alta complejidad (peso medio: 2,13) y comorbilidad (promedio de diagnósticos: 7,78 ± 3 (1-20)). El 86% (445) eran diabéticos tipo 2. La metformina fue el AO prescrito con mayor frecuencia (110/302; 36,4%), indicándose metformina al alta (en monoterapia o combinado con otros AO o insulina) a 110 (21,4%) pacientes. La metformina fue el AO prescrito en el 76% de los casos con diabetes y obesidad. Sólo 39 de los 110 pacientes (35,4%) no tenían alguna contraindicación para el uso de este fármaco, que se prescribió en 11 pacientes con diagnóstico asociado al alta de insuficiencia renal, en 47 con insuficiencia cardíaca, en 33 con insuficiencia respiratoria crónica, en 25 con anemia, en 7 con hepatopatía severa y en 3 con etilismo activo, todas contraindicaciones formales. El único efecto adverso grave fue un caso de acidosis láctica en un paciente con insuficiencia renal que evolucionó satisfactoriamente.

**CONCLUSIONES:** La mayoría de los pacientes con diabetes que ingresan en Servicios de MI (ancianos, pluripatológicos, con importante comorbilidad) tienen alguna contraindicación formal para el uso de metformina, que, sin embargo, se prescribe con frecuencia. A pesar de ello, las complicaciones graves derivadas de su uso en estos casos son

muy poco frecuentes. Probablemente las contraindicaciones de este fármaco deberían ser revisadas, permaneciendo la

insuficiencia renal (transitoria o establecida) como contraindicación absoluta.

## V-29

# ESTUDIO DE LA PRESENCIA DEL VIRUS SIMIO 40 EN PACIENTES CON LINFOMA NO HODGKIN EN NUESTRO ENTORNO

F. Muñoz-Lobato<sup>(1)</sup>, M. Montes-Cano<sup>(1)</sup>, C. de la Horra<sup>(1)</sup>, V. Friaza<sup>(1)</sup>,  
N. Respaldiza<sup>(1)</sup>, F. Medrano<sup>(2)</sup>, E. Calderón<sup>(2)</sup>, F. Capote<sup>(3)</sup>

<sup>(1)</sup>Unidad de Investigación. Fundación Reina Mercedes. Sevilla. <sup>(2)</sup>Servicio de Medicina Interna (UCAMI). Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Sevilla. <sup>(3)</sup>Servicio de Hematología. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.

**INTRODUCCIÓN:** Diversos estudios realizados en EE UU y Japón han mostrado la presencia de secuencias de ADN de Simian Virus 40 (SV-40) en aproximadamente el 20-40% de pacientes con linfoma no Hodgkin (LNH) utilizando técnicas moleculares. Sin embargo, estudios desarrollados en Reino Unido, donde la incidencia de LNH es similar, no detectaron SV-40 en los pacientes en estudio. Un trabajo reciente mostró que existe una tasa de anticuerpos del 4% en población española. Se desconoce si existe una posible relación entre la presencia de SV-40 y LNH en nuestra población.

**OBJETIVOS:** Determinar la posible presencia de ADN de SV-40 en pacientes con LNH de nuestro entorno.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Se incluyeron un total de 23 pacientes diagnosticados de LNH. Se extrajo ADN de sangre total mediante protocolo comercial. Para identificar la secuencia de SV-40 se utilizaron dos protocolos de PCR independientes: usando los cebadores SV-FOR (5'-tgaggc-tactgctgactctcaaca) y SV-REV (5'-gcatgactcaaaaacttag-

caattctg) que amplificaba un fragmento de 105 pares de bases; y los cebadores SV40F (5'- tttgggcaacaacagtgtgc) y SV40R (5'-agtaccatgaaaagcattatgc), donde la presencia de un fragmento de 257 pares de bases confirmaba la presencia de ADN del virus. Se utilizaron los plásmidos suministrados por el Dr. Lednicky: pSV1E, p21-N, p5ph21N y pSV40-776 como control de la técnica.

**RESULTADOS:** Los resultados obtenidos se muestran en la Tabla 1, donde se observa que en ambas PCR se identificó SV40 en los plásmidos utilizados como control, pero todas las muestras estudiadas fueron negativas.

**CONCLUSIONES:** El estudio piloto realizado en pacientes con LNH de nuestro entorno, al igual que los resultados obtenidos en el Reino Unido, no mostraron evidencias de infección por SV-40 en las muestras analizadas. Serían necesarios estudios más amplios para determinar un posible papel de la infección por SV-40 en pacientes con LNH de nuestro entorno.

Tabla 1

Muestras dilución	pSV1E	p21-N	p5ph21N	pSV40-776	ADN de LNH
SD	+	+	+	+	-
1:10	+	+	+	+	-
1:20	+	+	+	+	-
1:50	+	+	+	+	-

V-33

## INCIDENCIA DE ANEMIA EN LOS PACIENTES INGRESADOS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

A. Reguera García<sup>(1)</sup>, J. Jiménez Arjona<sup>(1)</sup>, S. Garzón López<sup>(2)</sup>, A. Ruiz Arias<sup>(1)</sup>, M. Cayón Blanco<sup>(1)</sup>, J. Anglada Pintado<sup>(1)</sup>, S. Alcaraz García<sup>(1)</sup>, P. Gallego Puerto<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Servicio de Medicina Interna; <sup>(2)</sup>Servicio de Hematología. SAS Jerez. Jerez de la Frontera (Cádiz).

**OBJETIVOS:** La anemia es común en los pacientes hospitalizados y, aunque en ocasiones puede ser el principal motivo de ingreso, con mayor frecuencia es un dato más de la patología que lo motivó. A pesar del conocimiento de una relación directa con una mayor morbimortalidad, tasa de ingresos y respuesta a los tratamientos de la enfermedad de base, no siempre se le presta la atención que merece, bien porque su elevada prevalencia la hace habitual o bien por considerarla intrínseca al envejecimiento. El objetivo del estudio es analizar la incidencia de anemia en los pacientes ingresados en la Sección de MI de nuestro hospital, su etiología y la valoración por los clínicos responsables.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Se analizaron los informes de alta de todos los pacientes ingresados en la Sección de MI, durante un periodo de 2 meses, registrándose los antecedentes personales, tratamientos antiagregantes y/o anticoagulantes, datos analíticos, diagnósticos finales y tratamientos prescritos.

**RESULTADOS:** Se estudiaron un total de 223 pacientes consecutivos con una edad media de  $68 \pm 16,03$  años. La relación hombres/mujeres fue de 105/118. De ellos, 86 pacientes (38,5%) presentaban datos analíticos de anemia (hombres  $< 130$  g/L y mujeres  $< 120$  g/L). La etiología más prevalente fue la anemia de trastornos crónicos (ATC) (56,9%) con o sin déficit asociado de hierro y habitualmente en relación con otras patologías (IR: 16,32%; neoplasias: 28,6%; hepatopatía: 16,3%). Un 43% pudieron ser catalogadas como anemias ferropénicas (AF), 22%

por pérdidas digestivas, y 20% no filiadas. En 6 casos se identificaron patologías hematológicas (3 MM, 2 SMD y 1 LNH). Encontramos un 7% de anemias macrocíticas que fueron relacionadas con hepatopatías, etilismo crónico o anemia perniciososa. El motivo principal de ingreso del grupo de pacientes con anemia fue la descompensación de la IC (39,5%), patología digestiva (22,5%) y respiratoria (17,4%). Se identificó tratamiento previo con antiagregantes y anticoagulantes en el 26,7% y 8,1% de los pacientes con anemia ferropénica, respectivamente. De ellos, el 42% presentaron HDA. Un 13,9% precisaron transfusión sanguínea, un 20,9% recibieron tratamiento férrico y en sendos casos rEPO y vitamina B<sub>12</sub>. No se contempló tratamiento para la anemia en el 55% de los casos. De las 86 anemia detectadas, sólo 32 fueron reflejadas en los diagnósticos emitidos al alta, y ello se relacionó con la necesidad de transfusión y con haber motivado el ingreso.

**DISCUSIÓN:** En este estudio apreciamos que la presencia de anemia tiene interés en el manejo de los pacientes ingresados en una sala de MI. Su enfoque, etiología y tratamiento puede influir en patologías asociadas a la misma.

**CONCLUSIONES:** Estos resultados corroboran la alta incidencia de anemia en los pacientes ingresados en los servicios de MI, habitualmente ATC o AF. En un alto porcentaje, el clínico intenta su filiación a través de datos clínicos y analíticos, aunque en otras ocasiones no es contemplada como entidad de interés y queda sin precisar su etiología o no se prescribe tratamiento específico, aun conociendo su causa.

V-34

## RESULTADOS DE CURACIÓN DE HERIDAS POR PRESIÓN GRADO 3-4 EN PACIENTES CON DEMENCIA AVANZADA

A. Rodríguez Hurtado<sup>(1)</sup>, A. Romero Alonso<sup>(1)</sup>, E. de Villar Conde<sup>(1)</sup>, I. Fernández Córdón<sup>(2)</sup>, C. González Llanos<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>UCA. Hospital El Tomillar. Dos Hermanas (Sevilla). <sup>(2)</sup>UMLE. Hospital San Lázaro. Sevilla.

**OBJETIVOS:** Las heridas por presión (HPP) constituyen un serio problema sanitario por su alta prevalencia, por el coste económico que suponen y por el impacto, no sólo en

la salud del paciente, sino también en la del cuidador. La demencia avanzada reúne varios factores de riesgo para la aparición de las HPP (edad avanzada, desnutrición, encama-

miento, incontinencia). Hay estudios que cifran la media de tiempo de curación de las HPP grado 3-4 en torno a los 6 meses en población de pacientes no paliativos; sin embargo, no hemos encontrado datos en la literatura científica sobre la curación de las mismas en pacientes con demencia avanzada. Por ello, nos planteamos llevar a cabo este estudio con el siguiente objetivo: Conocer el porcentaje de curación de HPP grado 3-4 en pacientes con demencia avanzada.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Población diana: Pacientes con demencia avanzada pertenecientes a la cartera de clientes de nuestra Unidad (atiende a pacientes pluripatológicos con estudio diagnóstico finalizado y en situación de síntomas continuos y reagudizaciones frecuentes). Periodo de estudio: De septiembre de 2004 a enero de 2006. Diseño: Estudio observacional retrospectivo. En primer lugar, se realizó una revisión de todos los pacientes con criterios de demencia avanzada que tuvieron algún episodio registrado de asistencia en nuestra Unidad. Los criterios de demencia avanzada utilizados fueron diagnóstico de deterioro cognitivo grave más dependencia total para las actividades básicas de la vida diaria. En segundo lugar, y una vez detectados los pacientes que desarrollaron alguna HPP en dicho periodo de estudio, se realizó un seguimiento de la evolución del paciente y de las HPP. Fuente de datos: Historia informatizada de la Unidad y entrevista telefónica con el cuidador del paciente y/o su enfermera de familia.

**RESULTADOS:** Se analizaron 135 pacientes con diagnóstico de demencia avanzada. 64 pacientes (47,4%) tenían una o más heridas por presión grado 3-4. 47 de estos 64 pacientes

(73,4%) fallecieron durante el periodo de estudio. 42 de estos pacientes fallecidos (89,3%) fallecieron con una o más heridas por presión sin curar.

**DISCUSIÓN:** Después de haber hecho una extensa búsqueda bibliográfica, no hemos encontrado ningún estudio publicado sobre la tasa de heridas por presión curadas en pacientes con demencia avanzada, por lo que no podemos comparar nuestros resultados con los de ningún otro estudio. La literatura científica consultada concluye que la investigación clínica sobre los productos utilizados para la prevención y tratamiento de las HPP es muy escasa a pesar del gran número de estudios realizados en este campo (mucho escrito, pero de escasos valor y rigor científico). Parece que en lo que sí coinciden varios autores es en que en pacientes paliativos portadores de HPP no se aconseja el abordaje agresivo y curativo y sí el paliativo, encaminado a buscar el máximo confort del paciente, controlar el dolor y la cantidad de exudado y el olor del mismo. A su vez, al igual que hemos encontrado multitud de guías clínicas y recomendaciones para curas de HPP con abordaje curativo más o menos agresivo, hemos encontrado escasísimas recomendaciones o guías dirigidas al manejo paliativo de las mismas. Esto nos hace pensar que podría ser interesante abrir líneas de investigación en el terreno del abordaje paliativo de las heridas por presión.

**CONCLUSIONES:** El porcentaje tan alto (89,3%) de pacientes con demencia avanzada portadores de HPP grado 3-4 que fallecen con las lesiones no curadas nos sugiere recomendar el abordaje paliativo en dichos casos.

## V-36

### OSTEOMESOPICNOSIS.

#### DESCRIPCIÓN DE TRES CASOS EN UNA FAMILIA

B. Domínguez, E. de la Hoz, A. Romero, J. Gutiérrez, R. Arjona, C. Asencio, J. Fernández, D. García Gil

*Servicio de Medicina Interna. Hospital de Puerto Real. Cádiz.*

**OBJETIVOS:** Se presentan tres casos familiares de osteomesopicnosis en una familia con descripción de las pruebas de imagen, presentando por primera vez en la literatura las características de esta displasia en la resonancia magnética (RM), incluyendo los hallazgos en la gammagrafía ósea.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** *Casos clínicos.* Mujer de 30 años sin antecedentes de interés a la que se realiza un estudio de RM encefálica por sospecha de una cefalea secundaria. En la exploración aparecieron alteraciones en la señal de las dos primeras vértebras cervicales. Se realizó una RM completa de toda la columna, objetivándose zonas parcheadas de hipointensidad en las secuencias T1 y T2 con un STIR de características normales. Las radiografías realizadas posteriormente mostraron lesiones esclerosas parcheadas superponibles a los hallazgos de la RM, aunque menos llamativas. La exploración clínica, analíticas, radiología de tórax, mamografía y

ecografía abdominal resultaron normales. En la gammagrafía con <sup>99</sup>Tc aparecieron múltiples depósitos del trazador en el esqueleto axial y en la cabeza humeral derecha. En la biopsia de la cresta ilíaca se apreció un engrosamiento del hueso trabecular. A su único hermano, de 24 años de edad y asintomático, se le efectuó un estudio radiológico del esqueleto, que resultó normal. Sin embargo, la RM demostró lesiones similares a las que aparecieron en el estudio realizado a su hermana. Finalmente, a su padre, de 60 años y afecto de una lumbalgia mecánica, se le realizó un estudio radiológico del esqueleto, en el que se apreciaron cambios degenerativos. Nuevamente la RM puso de manifiesto hallazgos de escleroticación ósea parcheada.

**RESULTADOS:** Se incluirá la iconografía de los casos (1 imagen del estudio radiológico simple, 1 imagen de la RM y 1 imagen de la gammagrafía ósea).

**DISCUSIÓN:** La osteomesopicosis es una displasia ósea rara, de transmisión autosómica dominante, caracterizada por un aumento no homogéneo de la densidad ósea que afecta fundamentalmente al esqueleto axial, pelvis y zona proximal de huesos largos. La mayoría de los casos se descubren accidentalmente en estudios radiológicos practicados por otro motivo y la evolución es benigna. El diagnóstico diferencial es muy amplio y debe incluir las metástasis oste-

oblásticas, otras displasias del hueso, como la osteopetrosis, y algunas enfermedades metabólicas.

**CONCLUSIONES:** Las principales aportaciones de los casos de osteomesopicosis descritos incluyen: 1. Sus características en la RM y la detección en dos pacientes con estudio radiológico simple normal. 2. La gammagrafía ósea no es un método útil para diferenciar esta displasia benigna de otros procesos, sobre todo metástasis óseas.

## V-39

# ESTUDIO DESCRIPTIVO DEL PERFIL DEL PACIENTE INGRESADO EN UNA SALA DE MEDICINA INTERNA Y SU CUIDADOR PRINCIPAL

C. Fernández-Roldán, D. Vinuesa García, C. López Robles, J. Cantero Hinojosa, M. Parejo Sánchez, A. Pardo Cabello, C. Tomás Jiménez, A. Martín Moreno

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico Universitario San Cecilio. Granada.*

**OBJETIVOS:** Describir las características que definen el perfil del paciente hospitalizado en una sala de Medicina Interna. Conocer cuántos de ellos tienen un cuidador principal estable y recoger los datos que nos permitan delimitar el perfil de la persona cuidadora. Describir efectos que el hecho de cuidar ocasiona en la salud y en la calidad de vida del cuidador.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Se realizó un estudio transversal y descriptivo en el que, además de recoger datos epidemiológicos y clínicos de nuestros pacientes y cuidadores principales, se realizó en todos ellos una medición del nivel de sobrecarga utilizando la escala de Zarit. Se excluyeron los hospitalizados en las secciones de enfermedades infecciosas y sistémicas. Se realizó un análisis descriptivo con frecuencias absolutas y relativas, medias y desviaciones típicas. Se hizo además un test de la *t* de Student para muestras independientes y análisis de la varianza de un factor con comparaciones múltiples por Scheffé y penalización de Bonferroni.

**RESULTADOS:** La edad media de nuestros pacientes fue de  $76,8 \pm 13,4$  años. El 13,5% de ellos estaban institucionalizados. El 78,8% eran pluripatológicos, destacando la presencia de HTA en el 73%, insuficiencia cardiaca 65,4%, EPOC 34,7%, diabetes mellitus 30,6, ACV 17,3%, entre otras. El 69,2% de estos pacientes presentaba algún tipo de limitación física. El 42,3% de nuestros pacientes tenían un cuidador principal "informal", que en el 90,9% de los casos eran mujeres, siendo las hijas las que desempeñan este papel de manera predominante (77,3%), seguidas, de lejos, por las hijas políticas (9,1%). La edad media del cuidador fue de  $51,36 \pm 10,58$  años. El nivel de estudios de la mayoría de los cuidadores era de estudios primarios (63,6%). El 13,6% aseguraron no tener ninguna formación, y sólo el 9,1% tenían estudios superiores. El 31,8% de los cuidadores entrevistados trabajaban fuera del domicilio, y el 72,7%

tenían otros familiares a su cargo, además de desempeñar su papel de cuidador. El 72,7% de los encuestados aseguraron no recibir ningún tipo de apoyo social. En el 63,6% de los que reciben ayuda, ésta no alcanzaba las 2 horas semanales. Un 40,9% de los encuestados afirmaron dedicar las 24 horas del día al cuidado de su familiar. El 59,1% de los cuidadores presentaban algún tipo de enfermedad, que estaba relacionada con su función de cuidador en el 18,2% de los casos, y que según ellos mismos se había visto agravada por su actividad de cuidador.

**DISCUSIÓN:** El envejecimiento de la población es una realidad en los países desarrollados, que condiciona el que los servicios de Medicina Interna estén ocupados mayoritariamente por pacientes ancianos, a veces con importantes limitaciones y que precisan cuidados. En la mayoría de los casos, estas necesidades no están cubiertas ni total ni parcialmente por los servicios sociales y/o sanitarios, siendo las familias las que se ven obligadas a aportar todos los recursos. En los últimos años ha aparecido el concepto de "cuidador informal" para definir el apoyo ofrecido por miembros de la red familiar inmediata. En nuestra sociedad, el cuidar de las personas mayores y/o enfermas forma parte de una función adscrita a las mujeres como parte de su rol de género.

**CONCLUSIONES:** Debido a la elevada edad media de los pacientes ingresados en Medicina Interna y a su pluripatología, muchos pacientes presentan cierto grado de limitación física, precisando la ayuda de un cuidador. En la mayoría de las ocasiones, el cuidador es una mujer, directamente emparentada con el enfermo, con un nivel de estudios primarios, que no trabaja fuera del hogar, que recibe poca ayuda social y que tiene otras personas a su cargo. En un porcentaje importante los cuidadores también padecen alguna enfermedad y han empeorado desde que ejercen el rol de cuidador.

## V-40

## ANÁLISIS DEL GRADO DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR PRINCIPAL DE PACIENTES INGRESADOS EN MEDICINA INTERNA

D. Vinuesa García, C. López Robles, C. Fernández-Roldán, M. García Jerez, D. Sánchez Cano, G. Biosca Echenique, J. Cantero Hinojosa, J. Aguilar Martínez

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico Universitario San Cecilio. Granada.*

**OBJETIVOS:** 1. Analizar el impacto de los cuidados informales en la salud y calidad de vida de los cuidadores de nuestros pacientes, con especial énfasis en el concepto de *sobrecarga*. 2. Establecer el grado de sobrecarga del cuidador principal. 3. Correlacionar el grado de sobrecarga con determinadas características de nuestros pacientes.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Se realizó un estudio transversal y descriptivo en el que, además de recoger datos epidemiológicos y clínicos de nuestros pacientes y cuidadores principales, se realizó en todos ellos una medición del nivel de sobrecarga utilizando la escala de Zarit. Se excluyeron los pacientes ingresados en las secciones de Enfermedades Infecciosas y Sistémicas. Se realizó un análisis descriptivo con frecuencias absolutas y relativas, medias y desviaciones típicas. Se hizo además una *t*-Student para muestras independientes y análisis de la varianza de un factor con comparaciones múltiples por Scheffé y penalización de Bonferroni.

**RESULTADOS:** La edad media del cuidador principal de nuestros pacientes es de  $51,36 \pm 10,6$  años. La cantidad media de horas que dedica al cuidado del paciente es de  $13,36 \pm 9,4$  horas al día, llevando como media  $3,3 \pm 4,6$  años al cuidado del familiar, llevando un 23% de ellos más de 3 años al cuidado de su familiar. El grado medio de sobrecarga es de  $34,5 \pm 18,5$  en nuestra muestra, algo por debajo de otras muestras descritas en la literatura. El 63% de ellos no tiene periodos de descanso establecido y tampoco reciben ayuda social en el 72,7% de los casos. En el 36,4% de los casos son cuidadores únicos, recibiendo ayuda en el 63,6% de los casos, con mayor frecuencia de algún otro familiar, generalmente las hermanas (54,5%). El grado de sobrecarga presenta asociación con significación estadística con el tiempo de dependencia del paciente en años ( $p < 0,000$ ), con el número de horas que dedica al cuidado del familiar ( $p < 0,000$ ), con la edad del paciente y con el tiempo

que lleva cuidando del familiar ( $p < 0,000$ ), mientras que no existe dicha significación con el sexo, el nivel de estudios, si tiene otros familiares a su cargo o si trabaja fuera del domicilio.

**DISCUSIÓN:** En España, el 88% del tiempo dedicado al cuidado de la salud se ofrece de manera informal. El hecho de cuidar no está exento de repercusiones para la salud de la persona que cuida, llegando incluso a manifestarse lo que se denomina "el síndrome del cuidador". Los servicios sociales y sanitarios participan de forma minoritaria en el cuidado continuado de las personas que lo necesitan, y la familia constituye la principal prestadora de cuidados en nuestro entorno. La distribución de la responsabilidad de cuidar entre hombres y mujeres y entre familia y estado constituye un debate crucial de la salud pública. El coste que asumen las mujeres en sus vidas por el hecho de ser cuidadoras es elevado en términos de salud, calidad de vida, acceso al empleo y desarrollo profesional, relaciones sociales, disponibilidad del propio tiempo y repercusiones económicas. Las mujeres de menor nivel educativo, sin empleo y de clases sociales menos privilegiadas configuran el gran colectivo de cuidadoras en nuestro país.

**CONCLUSIONES:** El 32% de los cuidadores en nuestra muestra presenta algún grado de sobrecarga, siendo el tiempo medio de horas dedicada de más de 10 horas al día y estando en el 40,9% de los casos las 24 horas al cuidado del familiar. Existe una asociación significativa entre el grado de sobrecarga y el número de horas al día que dedica al cuidado del familiar y el tiempo que lleva cuidándolo. Se evidencia la necesidad de replantear las políticas sociales y sanitarias y de prever recursos suficientes para cubrir la creciente necesidad de atención informal, que amortigüe el impacto y el coste que los cuidados suponen para las mujeres en diferentes aspectos de sus vidas.

V-41

GRADO DE DEPENDENCIA FÍSICA DE LOS PACIENTES  
INGRESADOS EN MEDICINA INTERNA Y CORRELACIÓN  
CON LAS DISTINTAS COMORBILIDADES

J. Cantero Hinojosa, D. Vinuesa García, C. Fernández-Roldán,  
C. López Robles, M. Parejo Sánchez, I. Aomar Millán, A. Díez, J. Bermúdez

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico Universitario San Cecilio. Granada.*

**OBJETIVOS:** Evaluar el grado de dependencia de los pacientes ingresados en Medicina Interna. Correlacionar el grado de dependencia y limitación física con las diferentes comorbilidades

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio transversal y descriptivo en el que, además de recoger datos epidemiológicos y clínicos de nuestros pacientes, se midió en todos ellos el grado de dependencia física mediante el índice de Barthel. Se excluyeron los pacientes ingresados en las secciones de Enfermedades Infecciosas y Sistémicas. Se realizó un análisis descriptivo con frecuencias absolutas y relativas, medias y desviaciones típicas. Se hizo, además, un análisis de regresión lineal simple y correlaciones bivariadas de Pearson.

**RESULTADOS:** De los pacientes ingresados en Medicina Interna la edad media era de  $76,8 \pm 13,4$  años, presentando pluripatología el 78,8% de los pacientes. De las distintas patologías que justificaban el que fueran pluripatológicos las más frecuentes eran HTA (73,1%), insuficiencia cardíaca (65,4%), fibrilación auricular y diabetes (34,6%), EPOC (32,7%), deterioro cognitivo (30,8%) y ACV (17,3%). La media del índice de Barthel calculado de nuestra muestra era de  $66,42 \pm 31,7$  puntos, presentando un tiempo medio de dependencia medido en años de  $1,85 \pm 3,6$  años. Se realizó un análisis de regresión lineal y se observó que el índice de Barthel no se relacionaba de forma significativa con el ambiente donde vive el paciente, con el sexo, ni con su comorbilidad, entendida de forma global, existiendo, sin

embargo, una asociación con significación estadística entre el índice de Barthel y el deterioro cognitivo, sobre todo en los que presentaban un grado de moderado-grave ( $p < 0,000$ ), la limitación física y el ACV ( $p = 0,027$ ).

**DISCUSIÓN:** Con el progresivo envejecimiento de la población y la mayor supervivencia de personas con enfermedades crónicas y discapacidades, aumenta el número de personas que necesitan cuidados. La mayoría de los pacientes que ingresan en un Servicio de Medicina Interna son pluripatológicos y de edad avanzada, lo que condiciona un grado de dependencia o limitación física muy importante. En numerosas ocasiones se ha utilizado el índice de Barthel para evaluar este grado de dependencia física. No todas las patologías son igual de invalidantes, luego era probable suponer la existencia de determinadas patologías más limitantes y que se asocian claramente con un peor índice de Barthel. En este sentido, al igual que defienden numerosos autores, demostramos en nuestro trabajo que son el deterioro cognitivo y el ACV, dos de las patologías con mayores secuelas y que producen una mayor limitación física.

**CONCLUSIONES:** En un porcentaje muy elevado de nuestros pacientes presentan pluripatología. Muchas de las comorbilidades que presentan nuestros pacientes condicionan una importante limitación física. Lo que más se relaciona con el grado de dependencia no es la comorbilidad en global sino determinadas patologías como el deterioro cognitivo y el ACV.

V-42

ENFERMEDAD INTERSTICIAL PULMONAR.  
ANDALUCÍA, 1998-2001

C. San Román Terán<sup>(1)</sup>, R. Guijarro Merino<sup>(2)</sup>, M. Guil García<sup>(1)</sup>, S. Fernández Sepúlveda<sup>(1)</sup>,  
G. Uribarri Sánchez<sup>(2)</sup>, J. Pérez Díaz<sup>(1)</sup>, M. López Carmona<sup>(2)</sup>, E. Santín Piñero<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Comarcal de La Axarquía. Vélez-Málaga (Málaga).

<sup>(2)</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Carlos Haya. Málaga.

**OBJETIVOS:** 1. Conocer el número y la evolución en el tiempo de los episodios de ingreso por enfermedad intersticial pulmonar (EIP) y su distribución por servicios hospitalarios responsables de su alta en el Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA). 2. Aproximarse al perfil de estos pacientes.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Análisis descriptivo del conjunto mínimo básico de datos (CMBD) y de su agrupación en grupos relacionados por el diagnóstico (GRD) de los episodios de ingreso que tuvieron lugar en los hospitales del SSPA desde 1998 a 2001 para los GRD 92 (neumopatía intersticial [NI] sin complicaciones) y GRD 93 (NI con complicaciones). Para medir las diferencias de medias se utiliza la *t*-Student para una seguridad mayor de 0,95 empleando el paquete estadístico SPSS v. 11.

**RESULTADOS:** De un total de 2.228.894 episodios de ingreso correspondientes a los años citados, 1.353 fueron por EIP. La distribución según el servicio que da el alta es: Neumología, 630 (39,5% GRD 92 y 60,5% GRD 93); Medicina Interna, 516 (52,3% GRD 92 y 47,8% GRD 93); Pediatría, 63; y 144, el resto. La estancia media en días fue de 12,57, 12,79, 6,68 y 12,35 respectivamente, sin significación estadística excepto para Pediatría. Por tamaño de hospitales la distribución fue así: grandes o de tercer nivel

(43% de población), 484 ingresos; medianos o de especialidades (25% de población), 361 ingresos; y pequeños o comarcales (32% de población), 508 ingresos. 685 mujeres y 668 hombres, sin diferencias entre servicios. Hubo diferencias significativas entre medias para la edad: Neumología (60,6 años) y Medicina Interna (63,5 años),  $p > 0,005$  y el número de diagnósticos 3,98 en Medicina Interna y 3,57 en Neumología ( $p < 0,0001$ ). La mortalidad global intrahospitalaria fue de 3,7%, (5,2 Medicina Interna, 2,5 Neumología) sin significación estadística.

**CONCLUSIONES:** La prevalencia de ingreso hospitalario por EIP fue de 61 por 100.000 habitantes con tendencia decreciente, significativa, entre 1998 y 2001. La mitad fueron atendidos por Neumología y el 38% en servicios de Medicina Interna. El mayor número de ingresos se produce en los hospitales comarcales, sin preferencia por sexo y con un elevado consumo de recursos. La estancia media y la mortalidad hospitalaria son más altas en Medicina Interna pero sin significación estadística. Los pacientes que ingresan en MI tienen más edad y "comorbilidad", lo que puede indicar que son poblaciones no comparables. Es importante la exhaustividad y el rigor de la información clínica (informes de alta) para dar más peso y posibilidad de desarrollo a los estudios clínicos y epidemiológicos sobre las grandes bases de datos administrativas.

V-43

PERFIL DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD PULMONAR  
OBSTRUCTIVA CRÓNICA EN UN HOSPITAL PEQUEÑO

M. Martín Pérez, M. Guil García, L. Montero Rivas, M. Ramos Cantos, S. Fernández Sepúlveda,  
J. Pérez Díaz, E. Santín Piñero, C. San Román Terán

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

**OBJETIVOS:** Conocer el perfil del paciente diagnosticado de enfermedad obstructiva crónica (EPOC), en el servicio de Medicina Interna de un hospital comarcal (206 camas).

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Se realizó un estudio transversal descriptivo en el que se analizaron los informes de alta (IA)

de los pacientes diagnosticados de EPOC (GRD 88 y GRD 541) durante el periodo comprendido entre los meses de enero y marzo de los años 2002, 2004 y 2005. Se valoraron datos sociodemográficos, patologías asociadas, tratamientos al ingreso, intervenciones intrahospitalarias, grado funcional y tratamientos al alta.

**RESULTADOS:** Se registraron 165 IA; la edad media fue de 70,68 (21-91); hombres, 156 (94,5%), y mujeres, 9 (5,5%). Dentro de las patologías asociadas más relevantes destacan: HTA, 47 (29,9%); DM tipo 2, 36 (22,8%); cardiopatía, 44 (28,4%); neoplasia, 7 (4,6%). Tabaquismo sólo fue descrito en 99 casos, siendo ex fumadores 59 (59,6%) y fumadores activos 36 (36,4%). Los tratamientos previos no se recogieron en los IA en 139 casos. Existía infección respiratoria al ingreso en 141 (87%), condensación radiológica 50 (31,8%), presentaban gasometría al ingreso 149 (91,4%); el grado funcional fue recogido en 89 (54%) casos, siendo el grado funcional III (con 48,3%) el más frecuente; se realizó broncoscopia en 7 casos (4,3%). Se practicaron pruebas funcionales respiratorias (PFR) en 30 casos (18,2%); ecocardiografía, 25 (15,5%). Al alta se

prescribió oxigenoterapia en 48 (34,3%), aerosolterapia en 22 (17,9%), corticoides inhalados en 50 (31,8%), beta 2 inhalados en 64 (41%), corticoides + beta 2 inhalados en 82 (52,6%), corticoides orales en 122 (76,7%), anticolinérgicos inhalados en 66 (42,9%), teofilinas en 121 (76,6%), antibióticos en 81 (50,6%) y recomendaciones higiénico-dietéticas en 111 (77,1%).

**CONCLUSIONES:** 1. Gran predominio de hombres sobre mujeres (19:1), diferente a los datos nacionales y andaluces. 2. Persistencia de alta prevalencia de fumadores activos, por encima del 22%. 3. Poca utilización de PFR. 4. Necesidad de seguir insistiendo para que los IA contengan todos los datos importantes para el manejo adecuado de los pacientes fuera y dentro del hospital y para el enriquecimiento de las grandes bases de datos administrativas.

## Notas



A series of horizontal dotted lines for writing notes, spanning the width of the page.

## Notas



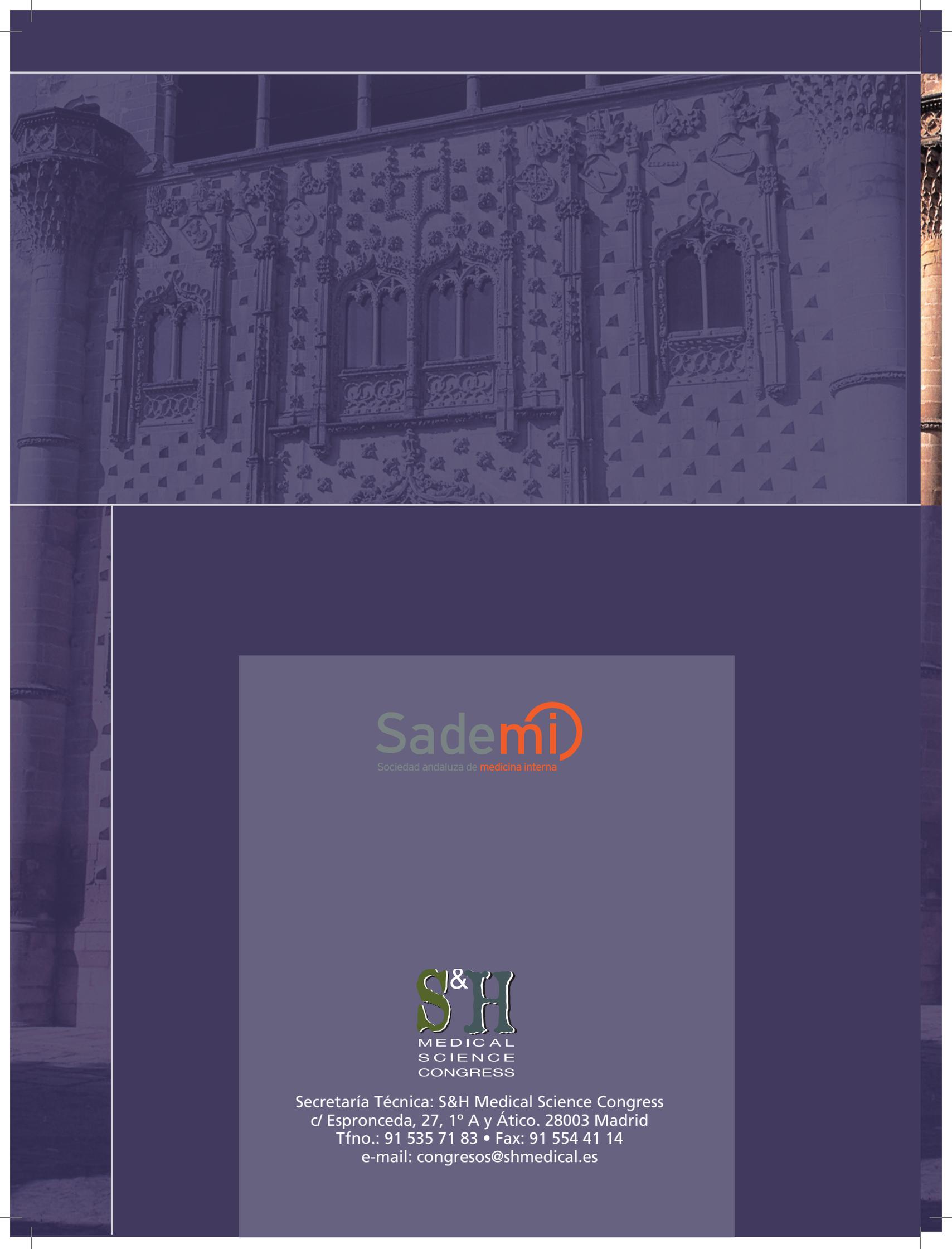
A series of horizontal dotted lines for writing notes.

## Notas



A series of horizontal dotted lines for writing notes, spanning the width of the page.





Sademi

Sociedad andaluza de medicina interna

S&H  
MEDICAL  
SCIENCE  
CONGRESS

Secretaría Técnica: S&H Medical Science Congress  
c/ Espronceda, 27, 1º A y Ático. 28003 Madrid  
Tfno.: 91 535 71 83 • Fax: 91 554 41 14  
e-mail: [congresos@shmedical.es](mailto:congresos@shmedical.es)