



XXVII

Sademi

Sociedad Andaluza de Medicina Interna

Congreso SADEMI

Palacio de Congresos de Granada
19-21 Mayo - 2011



Granada



CARTA PRESENTACIÓN

Queridos amigos:

El **Comité Organizador del XXVII Congreso de la SADEMI** os invita a participar en Granada, del 19 al 21 de mayo de 2011, en este importante evento anual de la Medicina Interna. Han pasado algunos años desde que en Córdoba, en octubre de 1983, se hiciera la Primera Reunión Científica de la Sociedad Andaluza de Medicina Interna. Esta sociedad nació al amparo de personalidades relevantes de la Medicina Andaluza y Nacional y su primer presidente fue el Prof. D. José Antonio Jiménez Perepérez, maestro de muchos de nosotros.

Año tras año, la Sociedad y el Congreso de la SADEMI han ido creciendo en protagonismo, y es un modelo prestigioso en lo profesional y humano. Este es el reto que tenemos, en tiempos de crisis, profusión de reuniones científicas, pero con la ilusión de conseguir una reunión digna y que quede en el recuerdo.

Para ello contamos con la sede, una ciudad con atractivos bien conocidos, un programa que será amplio y de interés, para médicos y enfermeros, y que contemple la actividad de tantos grupos de trabajo como hay en nuestra comunidad y un comité organizador dispuesto a trabajar mucho y bien, y que me honro en coordinar.

El programa contará con los apartados habituales de talleres, comunicaciones orales y pósters, ¿qué hay de nuevo en?, mesas redondas sobre avances en diversas patologías de interés general, programa de enfermería y conferencia magistral. Esperamos contar con vuestra presencia y aportación y alcanzar el resultado óptimo que deseamos.

Dr. Juan Jiménez Alonso
Presidente del Comité Organizador

COMITÉ DE HONOR XXVII CONGRESO SADEMI

Excma. Sra. Dña. María Jesús Montero Cuadrado
Consejera de Salud de la Junta de Andalucía

Excmo. Sr. D. José Torres Hurtado
Alcalde de Granada

Ilmo. Sr. D. Javier de Teresa Galván
Presidente del Consejo Andaluz de Colegios de Médicos

Ilmo. Sr. D. Indalecio Sánchez-Montesinos García
Decano de la Facultad de Medicina de Granada

Sr. D. Manuel González Suárez
Gerente Hospital Virgen de las Nieves

Sr. D. Manuel José García Montero
Director médico Hospital Virgen de las Nieves

Dr. Javier García Alegría
Presidente de la SEMI

Dr. Carlos San Román y de Terán
Presidente SADEMI

XXVII Congreso SADEMI



Junta Directiva de SADEMI

Presidente:

Dr. Carlos San Román y de Terán

Vicepresidente 1º:

Dr. Manuel Ollero Baturone
Andalucía Occidental

Vicepresidente 2º:

Dr. Alberto Ruiz Cantero
Andalucía Oriental

Tesorero:

Dr. Juan A. Ortiz Minuesa

Secretario:

Dr. Javier Ampuero Ampuero

Vocal Almería:

Dr. Francisco Láynez Bretones

Vocal Jaén:

Dr. Felipe Molina Molina

Vocal Cádiz:

Dr. José L. Bianchi Llave

Vocal Córdoba:

Dr. Luciano López Jiménez

Vocal Sevilla:

Dr. Mariano Aguayo Canela

Vocal Granada:

Dr. Manuel Jesús Menduïña Guillén

Vocal Huelva:

Dr. Manuel J. Romero Jiménez

Vocal Málaga:

Dra. Mª Dolores Martín Escalante

Vocal MIR:

Dra. Diana Mendoza Giraldo

Fundación SADEMI:

Dr. Alfredo Michán Doña

Comité Organizador

Presidente:

Dr. Juan Jiménez Alonso

Vicepresidentes:

Dr. Juan Pedro Arrebola Nacle
Dr. Ángel Hortal Tavira

Secretario:

Dr. José Luis Ramos Cortés

Vocales:

Dr. Antonio Díaz Chamorro
Dr. David Esteva Fernández
Dra. Celia Fernández Torres
Dra. Carmen Hidalgo Tenorio
Dr. Fernando Jaén Águila
Dra. Victoria Manzano Gómero
Dra. Isabel Martínez Egea
Dr. Juan Diego Mediavilla García
Dr. Manuel Morales García
Dra. Nuria Navarrete Navarrete
Dra. Mar Rivero Rodríguez
Dr. José Mario Sabio Sánchez
Dr. José Antonio Vargas Hitos
Dra. Mónica Zamora Pasadas

Comité Organizador Enfermeras:

Sra. Mª Jesús Calle García
Sra. Carmen Calvo Rosón

Comité Científico

Presidente:

Dr. Juan Jiménez Alonso

Vocales:

Dr. Fernando Gamboa Antiñolo
Dra. Soraya Domingo González
Dr. Mariano Aguayo Canela
Dra. Nuria Navarrete Navarrete

PROGRAMA CIENTÍFICO PRELIMINAR

JUEVES, 19 DE MAYO

09:00 h

**APERTURA DE LA SECRETARÍA
ENTREGA DE LA DOCUMENTACIÓN**

10:00-14:00 h

TALLERES

10:00-11:30 h

SALA MACHADO-PICASSO

TALLER 1

IMÁGENES DERMATOLÓGICAS EN ENFERMEDADES
GENERALES

Moderador:

Dr. Valentín García Mellado

Sección de Dermatología
Hospital Universitario Virgen de la Nieves. Granada

Ponentes:

Dr. Ignacio Valenzuela Salas

Sección de Dermatología
Hospital Universitario Virgen de la Nieves. Granada

Dr. Salvador Arias-Santiago

Sección de Dermatología
Hospital Clínico Universitario San Cecilio. Granada

10:00-11:30 h

SALA ALBENIZ

TALLER 2

PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN NOSOCOMIAL

Moderador:

Dr. Miguel Ángel López Ruz

Sección de Enfermedades Infecciosas
Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada

Ponentes:

Infección asociada a catéter

Dra. Pilar Baños Piñero

Servicio de Medicina Interna
Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada



JUEVES, 19 DE MAYO

Neumonía asociada a ventilación mecánica

Dra. María del Mar Arenas Mir

Servicio de Medicina Interna

Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada

Infección urinaria

Dr. Carlos Santiago Díaz

Servicio de Medicina Interna

Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada

11:30-12:00 h

PAUSA-CAFÉ

12:00-13:30 h

SALA MACHADO-PICASSO

TALLER 3

UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA

Moderador:

Dr. Francisco Javier Galindo Ocaña

Servicio de Medicina Interna

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Ponentes:

Dra. Diana Mendoza Giraldo

Servicio de Medicina Interna

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Dra. Laura de la Higuera Vila

Servicio de Medicina Interna

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

12:00-13:30 h

SALA ALBENIZ

TALLER 4

AUTOANTICUERPOS EN ENFERMEDADES AUTOINMUNES

Dra. Laura Jáimez Gámiz

Servicio de Análisis Clínicos e Inmunología. Laboratorio de Autoinmunidad

Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

JUEVES, 19 DE MAYO

Ponentes:

Dr. Pedro Alarcón Blanco

Servicio de Medicina Interna

Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada

Dr. José Miguel García Castro

Servicio de Medicina Interna

Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada

14:00-16:00 h

ALMUERZO DE TRABAJO

(sólo para los asistentes a los Talleres)

17:00-17:15 h

SALA MACHADO-PICASSO

INAUGURACIÓN

Dr. Carlos San Román y De Terán

Presidente de SADEMI

Dr. Juan Jiménez Alonso

Presidente Comité Organizador

17:15-17:30 h

PAUSA-CAFÉ

17:30-19:00 h

SALA MACHADO-PICASSO

MESA REDONDA

ENFERMEDADES AUTOINMUNES SISTÉMICAS

Moderadores:

Dr. Enrique de Ramón Garrido

Servicio de Medicina Interna

Hospital Universitario Carlos Haya. Málaga

Dr. Ignacio Martín Suárez

Servicio de Medicina Interna

Hospital General Juan Ramón Jiménez. Huelva

Enfermedad celíaca

Dr. Luis Rodrigo Sáez

Servicio de Aparato Digestivo

Hospital Central de Asturias. Oviedo



JUEVES, 19 DE MAYO

Afectación pulmonar en las EAS

Dr. Norberto Ortego Centeno

Servicio de Medicina Interna. Sección de Enfermedades Autoinmunes
Hospital Clínico Universitario San Cecilio. Granada

El hueso en las EAS

Dr. José Antonio Riancho Moral

Servicio de Medicina Interna
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander

19:00-20:15 h

CONFERENCIA MAGISTRAL

EPIGENÉTICA Y CÁNCER: APLICACIONES EN CLÍNICA

Presentadores:

Dr. José Antonio Jiménez Perepérez

Catedrático de Medicina

Dr. Juan Jiménez Alonso

Servicio de Medicina Interna
Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada

Ponente:

Dr. Mario Fernández Fraga

Instituto Universitario de Oncología del Principado de Asturias (IUOPA)
Universidad de Oviedo

Patrocinada por Bayer Healthcare

20:30 h

CÓCTEL DE BIENVENIDA

VIERNES, 20 DE MAYO

08:30-10:00 h

SALA MACHADO-PICASSO COMUNICACIONES ORALES

SALA MACHUCA-ALBÉNIZ SESIONES DE PÓSTERS

VIERNES, 20 DE MAYO

10:00-11:30 h

SALA MACHADO-PICASSO

MESA REDONDA

AVANCES EN FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR

Moderadores:

Dra. Celia Fernández Torres

Servicio de Medicina Interna. Unidad de HTA y Riesgo Vascular
Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada

Dr. Juan D. Mediavilla García

Servicio de Medicina Interna. Unidad de HTA y Riesgo Vascular
Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada

Diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial en las distintas fases del ictus

Dr. Antonio Espino Montoro

Servicio de Medicina Interna
Hospital de la Merced. Osuna, Sevilla

Ensayos clínicos y práctica clínica en la evaluación del paciente con diabetes

Dr. Alfredo Michán Doña

Servicio de Medicina Interna
Hospital del SAS de Jerez de la Frontera. Cádiz

Manejo de los pacientes con dislipemias complejas

Dr. José López Miranda

Servicio de Medicina Interna
Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba

Patrocinada por Merck Sharp & Dohme

11:30-12:00 h

PAUSA-CAFÉ

12:00-13:30 h

SALA MACHADO-PICASSO

SESIÓN PLENARIA

MEDICINA PERIOPERATORIA

Moderadores:

Dr. Felipe Díez García

Servicio de Medicina Interna
Hospital Torrecárdenas. Almería



VIERNES, 20 DE MAYO

Dr. Ángel Hortal Tavira

Servicio de Medicina Interna
Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada

Medicina perioperatoria en una Unidad de Ortopediátrica

Dra. Cristina Alonso Bouzón

Unidad de Ortopediátrica
Hospital Universitario de Getafe. Madrid

Los internistas en un Hospital de Traumatología y Rehabilitación: experiencia de 15 años

Dr. Luis Aliaga Martínez

Servicio de Medicina Interna
Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada

Atención al paciente quirúrgico por Medicina Interna en un Hospital Comarcal

Dr. Alberto Ruiz Cantero

Servicio de Medicina Interna
Hospital de la Serranía. Ronda, Málaga

Atención al paciente quirúrgico por Medicina Interna en un hospital de 3º nivel

Dra. Nieves Ramírez Duque

Servicio de Medicina Interna
Hospital Virgen del Rocío, Sevilla

13:30-14:00 h COMUNICACIONES A LA PONENCIA OFICIAL

14:00-16:00 h ALMUERZO DE TRABAJO

**16:00-17:30 h SALA MACHADO-PICASSO
MESA REDONDA
PATOLOGÍA INFECCIOSA**

Moderadores:

Dr. José Hernández Quero

Servicio de Medicina Interna-Enfermedades Infecciosas
Hospital Clínico Universitario San Cecilio. Granada

VIERNES, 20 DE MAYO

Dra. Carmen Hidalgo Tenorio

Servicio de Medicina Interna. Sección de Enfermedades Infecciosas
Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada

Acinetobacter multirresistente: situación actual en los Hospitales españoles

Dr. José Miguel Cisneros Herreros

Servicio de Enfermedades Infecciosas
Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

Enterobacterias productoras de BLEE y carbapenemasas: ¿es solamente un problema hospitalario?

Dr. Juan Galvez Acebal

Unidad Clínica de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica
Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla

Pasado, presente y futuro del tratamiento de las infecciones graves por SAMR

Dr. Juan Pasquau Liaño

Servicio de Medicina Interna. Sección de Enfermedades Infecciosas
Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada

16:45-18:00 h

SALA ALBÉNIZ

SESIÓN DE ENFERMERÍA

Moderadora:

Dña. Nieves Reche Navarro

Jefa de bloque médico
Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada

Implementación de la guía de práctica clínica de úlceras por presión

Dña. Carmen Calvo Rosón

Servicio de Medicina Interna
Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada

Dña. María Jesús Calle García

Servicio de Medicina interna
Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada



VIERNES, 20 DE MAYO

Incorporación de las TICs en la práctica clínica enfermera en el Servicio de Medicina Interna

Dña. M^a Dolores Quiñoz Gallardo

Enfermera Supervisora de Cuidados
Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada

Alta planificada

Dña. Carmen Moreno Díaz

Subdirectora de Enfermería
Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada

17:30-18:00 h **PAUSA-CAFÉ**

18:00-19:30 h **SALA MACHADO-PICASSO**

MESA REDONDA

AVANCES EN INSUFICIENCIA CARDÍACA

Moderadores:

Dr. Juan Pedro Arrebola Nacle

Servicio de Medicina Interna
Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada

Dr. José Luis Ramos Cortés

Servicio de Medicina Interna
Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada

Manejo de la insuficiencia cardíaca en los Servicios de Medicina Interna

Dr. Javier García Alegría

Servicio de Medicina Interna
Hospital Costa del Sol. Marbella, Málaga

Epidemiología de la insuficiencia cardíaca

Dr. Carlos San Román y de Terán

Servicio de Medicina Interna
Hospital Comarcal de la Axarquía. Vélez-Málaga, Málaga

Novedades y controversias en el tratamiento de la insuficiencia cardíaca

Dr. Manuel Montero Pérez-Barquero

Servicio de Medicina Interna
Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba

Patrocinada por Servier

VIERNES, 20 DE MAYO

19:30 h **SALA MACHADO-PICASSO**
ASAMBLEA SADEMI

21:30 h **CENA OFICIAL**
(Hotel Alhambra Palace)

SÁBADO, 21 DE MAYO

09:00-10:30 h **SALA MACHADO-PICASSO**
COMUNICACIONES ORALES

SALAS MACHUCA Y ALBÉNIZ
SESIONES DE PÓSTERS

10:30-12:30 h **SALA MACHADO-PICASSO**
MESA REDONDA
¿QUÉ HAY DE NUEVO EN...?

Moderadores:

Dr. Felipe Molina Molina

Servicio de Medicina Interna
Hospital Ciudad de Jaén. Jaén

Dr. Blas Gil Extremera

Servicio de Medicina Interna
Hospital Clínico Universitario San Cecilio. Granada

Enfermedad tromboembólica

Dra. Ángeles Blanco Molina

Servicio de Medicina Interna
Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba

Sedación y cuidados paliativos en Medicina Interna

Dr. Rafael Gálvez Mateos

Servicio de Anestesia. Unidad del Dolor y Cuidados Paliativos
Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada

EPOC

Dr. Fernando Javier Sánchez Lora

U.G.C. Servicio de Medicina Interna
Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria. Málaga



SÁBADO, 21 DE MAYO

Dieta mediterránea y síndrome metabólico

Dr. Francisco Pérez Jiménez

Servicio de Medicina Interna

Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba

12:30 h DECLARACIÓN DE SEVILLA

Dr. Manuel Ollero Baturone

Dr. Alberto Ruiz Cantero

Comité Organizador de la Conferencia Nacional para la Atención al Paciente con Enfermedades Crónicas

**12:45 h SALA PRINCIPAL
CLAUSURA**

Dr. Juan Jiménez Alonso

Presidente Comité Organizador

COMUNICACIONES ORALES

Viernes, 20 de mayo

08:30-10:00 horas. Sala Machado-Picasso

Moderadores: Dra. Pilar Giner Escobar

Servicio de Medicina Interna

Hospital Universitario San Cecilio. Granada

David Esteva Fernández

Servicio de Medicina Interna

Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada

EA-03 MODELO DE ATENCIÓN COMPARTIDA ENTRE ATENCIÓN PRIMARIA Y HOSPITALARIA A PACIENTES EN SITUACIÓN TERMINAL DE ENFERMEDAD ONCOLÓGICA Y NO ONCOLÓGICA

V. Alfaro Lara¹, C. Hernández Quiles¹, J. Galindo Ocaña², C. Aguilera González², M. Rincón Gómez¹, A. Fernández López², C. Ribas Covas¹, D. Mendoza Giraldo¹

¹UCAMI. Servicio de Medicina Interna, ²Unidad de Hospitalización Domiciliaria.

UCAMI. Medicina Interna. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla

EA-05 INDICE DE BARTHEL ABREVIADO PARA PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS DEPENDIENTES

J. Galindo Ocaña¹, M. Ollero Baturone¹, B. Barón Franco², J. Murcia Zaragoza³, A. Fuertes Martín⁴, C. Ramos Cantos⁵, A. Fernández Moyano⁶, en representación de los Investigadores del Proyecto PROFUND

¹Unidad Clínica de Atención Médica Integral. M. Interna. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla

²Servicio de Medicina Interna. Hospital General Juan Ramón Jiménez. Huelva

³Servicio de Medicina Interna. Hospital Vega Baja De Orihuela. Alicante

⁴Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Salamanca. H. Clínico. Salamanca

⁵Servicio de Medicina Interna. Hospital de la Serranía. Ronda (Málaga)

⁶Servicio de Medicina Interna. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos (Sevilla)



EA-06 EFECTO DE LAS ESTATINAS, INHIBIDORES/BLOQUEANTES DEL EJE RENINA-ANGIOTENSINA Y BETABLOQUEANTES EN MORTALIDAD Y DETERIORO FUNCIONAL DE LOS PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS

J. Galindo Ocaña¹, B. Barón Franco², J. Murcia Zaragoza³, A. Fuertes Martín⁴, C. Ramos Cantos⁵, A. Fernández Moyano⁶, F. Formiga⁷, en representación de los investigadores del Proyecto PROFUND

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

²Servicio de Medicina Interna. Área Hospitalaria Juan Ramón Jiménez. Huelva

³Servicio de Medicina Interna. Hospital Vega Baja De Orihuela. Alicante (Alicante)

⁴Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Salamanca. H. Clínico. Salamanca (Salamanca)

⁵Servicio de Medicina Interna. Hospital de la Serranía. Ronda (Málaga)

⁶Servicio de Medicina Interna. Hospital San Juan De Dios De El Aljarafe. Sevilla

⁷Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitari de Bellvitge. Hospitalet de Llobregat (L') (Barcelona)

EA-07 DIMENSIÓN SOCIOFAMILIAR DE UNA MUESTRA MULTICÉNTRICA DE PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS NO NEOPLÁSICAS EN ESTADIO AVANZADO. PROYECTO PALIAR

M. Bernabeu Wittel¹, B. Escolano Fernández², G. Jaraya Rol², C. Hernández Quiles¹, M. Oliver Pece³, B. Barón Franco⁴, L. Pérez Belmonte⁵

¹UCAMI. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla

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

³Servicio de Geriátría. Hospital Virgen del Camino. Cádiz

⁴Servicio de Medicina Interna. Hospital General Juan Ramón Jiménez. Huelva

⁵Servicio de Medicina Interna. Hospital Comarcal de la Anarquía (Málaga)

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

L. Moreno Gaviño¹, J. Galindo Ocaña¹, P. Macías Mir², D. Camacho González², D. Nieto Martín¹, J. López Sáez³

¹UCAMI. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla

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

³Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Puerto Real (Cádiz)

EA-10 CATEGORIZACIÓN CLÍNICA Y PRONÓSTICA DE PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS NO NEOPLÁSICAS EN ESTADIO AVANZADO. RESULTADOS PRELIMINARES DEL PROYECTO PALIAR

D. Mendoza Giraldo¹, A. Ruiz Cantero², J. García García³, M. Loring Caffarena⁴, L. de la Higuera Vela¹, M. Rincón Gómez¹

¹UCAMI. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla

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

³Servicio de Medicina Interna. Hospital Nuestra Señora de Valme. Sevilla

⁴Servicio de Medicina Interna. Hospital Comarcal de la Axarquía. Vélez-Málaga

G-02 ALTERNATIVA A LA HOSPITALIZACIÓN CONVENCIONAL: UNIDAD DE ESTABILIZACIÓN CLÍNICA. RESULTADOS EN 5 AÑOS DE EXPERIENCIA

J. Praena Segovia¹, M. García Gutiérrez¹, D. Nieto Martín¹, C. Rivas Cobas¹, C. Palacios Gómez², M. Ollero Baturone¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla

G-04 RETO Y COMPROMISO EN LAS ENFERMEDADES RARAS: EXPERIENCIAS DE ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO DE CASOS EN UNA UNIDAD DE MEDICINA INTERNA

M. Aranda Valle¹, R. Tirado Miranda², J. Ortegón Gallego³, M. Nevado Barbero⁴, I. Mejías Real¹, L. Montero Rivas¹, E. Benavente Sanz²

¹F.E.A. Medicina Interna, ²Jefe de Servicio Medicina Interna, ³Enfermero Gestor de Casos-Medicina Interna, ⁴Enfermera Gestora de Casos-Medicina Interna, ⁵Enfermera Unidad de Nutrición Clínica Medicina Interna. Hospital Infanta Margarita. Cabra (Córdoba)

V-05 ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LAS INTERCONSULTAS REALIZADAS A UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

J. Martínez Colmenero, M. Almenara Escribano, G. Gutiérrez Lara, D. Carrillo Ortega, F. Molina Molina

Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario de Jaén. Jaén

13:30-14:00 horas. Sala Machado-Picasso

Moderadores: **Dr. Felipe Díez García**
Servicio de Medicina Interna
Hospital Torrecárdenas. Almería

Dr. Ángel Hortal Tavira
Servicio de Medicina Interna
Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada



EA-13 ESTUDIO DE COHORTES ANTES Y DESPUÉS DE LA IMPLANTACIÓN DE UN MODELO DE SOPORTE CLÍNICO INTEGRAL A PACIENTES CON FRACTURA DE CADERA. RESULTADOS PRELIMINARES

M. García Gutiérrez, J. Praena Segovia, F. Galindo Ocaña, M. Rincón Gómez, L. De la Higuera, L. Moreno Gavino, D. Mendoza Giraldo, M. Ollero Baturone
Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla

V-04 ESTUDIO DESCRIPTIVO DE 15 MESES DE EXPERIENCIA EN INTERCONSULTAS DE SERVICIOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS A UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

M. López Sánchez, F. Jódar Morente, J. Trujillo Pérez, E. Gálvez Gálvez, F. Báñez Sánchez, D. Carrillo Ortiz, F. Molina Molina
Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario de Jaén. Jaén

V-32 LA MEDICINA INTERNA PERIOPERATORIA EN EL HOSPITAL TORRECÁRDENAS DE ALMERÍA

B. Cervantes Bonet, A. Barnosi Marín, M. Esteban Moreno, M. Martínez Cortés, N. Marín Gámez, F. Díez García
Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Torrecárdenas. Almería

Sábado, 21 de mayo

09:00-10:30 horas. Sala Machado-Picasso

Moderadores: Dr. Francisco Pérez Blanco

Servicio de Medicina Interna
Hospital Universitario San Cecilio. Granada

Dr. Fernando Jaén Águila

Servicio de Medicina Interna
Hospital Universitario Virgen de las Nieves

A-01 UTILIDAD Y RENDIMIENTO DE UN PROTOCOLO DE DIAGNÓSTICO Y SEGUIMIENTO DE DISPLASIA DE LA MUCOSA DEL CANAL ANAL DE HOMBRES QUE TIENEN SEXO CON HOMBRES (HSH) VIH + MEDIANTE EL USO DE CITOLOGÍA ANAL Y PCR DE VPH

M. Rivero Rodríguez¹, C. Hidalgo Tenorio², M. Arenas Miras¹, Á. Concha López³, R. López Castro³, M. López de Hierro⁴, J. Pasquau Liaño², M. López Ruz²
¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Enfermedades Infecciosas, ³Servicio de Anatomía Patológica, ⁴Servicio de Digestivo. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada

IF-02 RESPUESTA DEL EJE HIPOTALÁMICO-HIPOFISARIO ADRENAL EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO ANTE UNA TAREA DE HABLAR EN PÚBLICO

A. Santos Ruiz¹, M. García Ríos², N. Navarrete Navarrete³, J. Callejas⁴, J. Sabio³, N. Ortego Centeno⁴, J. Jiménez Alonso³, M. Peralta Ramírez

¹Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psico, ²Departamento de Fisioterapia. Universidad de Granada. Granada

³Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada

⁴Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario San Cecilio. Granada

RV-05 ¿EXISTE VARIABILIDAD EN LAS DETERMINACIONES DE LA GLUCOHEMOGLOBINA HBA1C EN FUNCIÓN DE LOS VALORES DE HEMOGLOBINA?

E. Sánchez Relinque¹, J. Escribano Serrano², L. García Domínguez³, G. Salaya Algarín⁴, A. Michán Doña⁵

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Puerto Real. Puerto Real (Cádiz)

²UGC San Roque, ³UGC Poniente (Cádiz)

⁴UGC Laboratorio. Hospital del S.A.S. la Línea de la Concepción. Línea de la Concepción (La) (Cádiz)

⁵Servicio de Medicina Interna. Hospital de Especialidades de Jerez de la Frontera (Cádiz)

RV-07 MANEJO CLÍNICO DEL DEPORTISTA HIPERTENSO

V. Gómez Carrillo¹, A. Espejo Gil¹, C. Salazar Troya¹, M. Chaves Peláez¹, M. Carrillo de Albornoz², J. Martínez González¹, P. Aranda Lara¹

¹Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Carlos Haya. Málaga

²Escuela de Medicina Deportiva. Complejo Hospitalario Virgen de la Victoria. Málaga

RV-14 ANÁLISIS DESCRIPTIVO Y MANEJO AL ALTA DE UNA SERIE DE PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2 SOMETIDOS A REVASCULARIZACIÓN CORONARIA PERCUTÁNEA

S. Bermejo, G. Mariscal, E. Ortiz, C. Espejo, A. Camacho, J. Carrasco

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

RV-16 DISTRIBUCIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN HIPERTENSOS MENORES DE 55 AÑOS INGRESADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DE RONDA

A. Ruz Zafra, M. Barón Ramos, C. Luque Amado, A. Muñoz Claros, I. Gallardo Romero, A. Pérez Rivera

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



T-02 RESULTADOS PRELIMINARES DE ESTUDIO MULTICÉNTRICO EN ATENCIÓN PRIMARIA SOBRE PROFILAXIS DE ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA EN PACIENTES MÉDICOS

M. Calero Bernal¹, I. Martín Garrido¹, M. Martínez Rísquez¹, R. Terán Redondo¹, B. Herrera Hueso¹, J. Santos², F. Medrano Ortega³, I. Marín León¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²CS San Pablo. Sevilla. CIBER de Fisiopatología y Nutrición, ³Servicio de Medicina Interna. CIBER de Epidemiología y Salud Pública. Complejo Hospitalario Regional Virgen del Rocío. Sevilla

V-07 NEOPLASIAS DIAGNOSTICADAS EN UNA UNIDAD DE MEDICINA INTERNA

S. López Cárdenas, P. Villanueva Rodríguez, V. González Doce, S. Hueso Monge, S. Alcaraz García, P. Gallego Puerto
Servicio de Medicina Interna. Hospital General de Jerez de la Frontera. Jerez de la Frontera (Cádiz)

V-14 GRADO DE DESNUTRICIÓN EN LOS PACIENTES INGRESADOS EN UNA SALA DE MEDICINA INTERNA

M. García Morales, M. Moreno Higuera, F. Anguita Santos, R. Gálvez López, I. Saucedo Villanueva, M. Fernández Roldán, P. Giner Escobar, S. Moya Roldán
Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario San Cecilio. Granada

PÓSTERS

Viernes, 20 de mayo

08:30-10:00 horas. Sala Machuca

Moderador: **Dr. José Castro Durán**
Servicio de Medicina Interna
Hospital Universitario San Cecilio. Granada

Dr. Antonio Díaz Chamorro
Servicio de Medicina Interna
Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada

RV-01 FRECUENCIA DE TOS POR IECA EN UNA CONSULTA DE HTA

J. Santos Morano¹, S. Rodríguez Hernández², A. Grilo Reina¹
¹Servicio Medicina Interna, ²Servicio Urgencias y Cuidados Críticos. Hospital Nuestra Señora de Valme (Sevilla)

RV-02 FACTORES QUE MODIFICAN LA FUNCIÓN ENDOTELIAL EN PACIENTES VIH

J. Santos Morano¹, S. Rodríguez Hernández², M. Martín Ponce¹, A. Grilo Reina¹
¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Urgencias y Cuidados Críticos. Hospital Nuestra Señora de Valme. Sevilla

RV-03 ESTUDIO DE PREVALENCIA DEL RIESGO CARDIOVASCULAR EN PRISIONES (ESTUDIO EPICAP)

M. Pérez Tristanchó¹, J. Espinosa Gallardo², M. Raffo Márquez¹, J. Morejón Parrales², L. López Carrasco², I. Suárez Lozano³
¹Servicio de Medicina Interna, ²Centro Penitenciario Huelva, ³UGC Medicina Interna-Infecioso. Hospital Comarcal Infanta Elena. Huelva

RV-04 TRATAMIENTO DE LOS FACTORES DE RIESGO VASCULAR EN PACIENTES INGRESADOS EN CARDIOLOGÍA Y MEDICINA INTERNA DE UN HOSPITAL GENERAL

S. Domingo Roa, G. Parra García, C. Maldonado Úbeda, G. López Lloret, P. Sánchez López, M. Esteban Moreno, M. Martínez Cortés, F. Díez García
Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Torrecárdenas. Almería

RV-06 CONTROL DE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA CRÓNICA EN UN HOSPITAL COMARCAL

A. Ruiz Serrato¹, M. Guerrero León¹, M. Vallejo Herrera¹, N. García Agua Soler², J. Villar Jiménez¹, M. García Ordóñez¹
¹Servicio de Medicina Interna. Hospital de Antequera. Antequera (Málaga)
²Departamento de Farmacología. Facultad de Medicina. Universidad de Málaga. Málaga

RV-08 ESTUDIO DE HTA SECUNDARIA EN DEPORTISTA

V. Gómez Carrillo¹, A. Espejo Gil¹, C. Salazar Troya¹, M. Chaves Peláez¹, M. Carrillo de Albornoz², J. Martínez González¹, P. Aranda Lara³, R. Gómez-Huelgas¹
¹Servicio de Medicina Interna, ³Servicio de Nefrología. Complejo Hospitalario Carlos Haya. Málaga
²Escuela de Medicina Deportiva. Complejo Hospitalario Virgen de la Victoria. Málaga

RV-09 HIPERTENSIÓN RENOVASCULAR: CONCLUSIONES CLÍNICAS SOBRE UNA COHORTE

A. Espejo Gil¹, V. Gómez Carrillo¹, C. Salazar Troya¹, M. Ayala Gutiérrez¹, M. Carrillo de Albornoz², J. Martínez González¹, P. Aranda Lara³
¹Servicio de Medicina Interna, ³Servicio de Nefrología. Complejo Hospitalario Carlos Haya. Málaga
²Escuela de Medicina Deportiva. Complejo Hospitalario Virgen de la Victoria. Málaga



RV-10 POTASEMIA COMO INDICADOR DE HIPERTENSIÓN RENOVASCULAR

A. Espejo Gil¹, V. Gómez Carrillo¹, C. Salazar Troya¹, M. Ayala Gutiérrez¹, M. Carrillo de Albornoz², J. Martínez González¹, P. Aranda Lara³

¹Servicio de Medicina Interna, ³Servicio de Nefrología. Complejo Hospitalario Carlos Haya. Málaga

²Escuela de Medicina Deportiva. Complejo Hospitalario Virgen de la Victoria. Málaga

RV-11 SINDROME DE APNEA DEL SUEÑO E HTA: RESPUESTA AL TRATAMIENTO CON DOXAZOCINA DE LIBERACIÓN RETARDADA

C. Salazar Troya¹, P. Gallardo¹, C. García Fernández¹, V. Gómez Carrillo¹, A. Espejo Gil¹, M. Carrillo de Albornoz², J. Martínez González¹, P. Aranda Lara³

¹Servicio de Medicina Interna, ³Servicio de Nefrología. Complejo Hospitalario Carlos Haya. Málaga

²Escuela de Medicina Deportiva. Complejo Hospitalario Virgen de la Victoria. Málaga

RV-12 HIPERTENSIÓN RENOVASCULAR: RESPUESTA A ALISKIREN

C. Salazar Troya¹, A. Espejo Gil¹, V. Gómez Carrillo¹, V. Bonaiufo¹, M. Carrillo de Albornoz², J. Martínez González¹, P. Aranda Lara³, R. Gómez-Huelgas¹

¹Servicio de Medicina Interna, ³Servicio de Nefrología. Complejo Hospitalario Carlos Haya. Málaga

²Escuela de Medicina Deportiva. Complejo Hospitalario Virgen de la Victoria. Málaga

RV-13 METFORMINA, UN EXCELENTE FÁRMACOS PARA LA DIABETES TIPO 2 ¿DEBEREMOS TENER ALGUNA PRECAUCIÓN CON SU USO?

P. Rodríguez Ortega, M. Laínez López, I. Vázquez, E. Roldan Mayorga, M. López Pérez, I. Rebollo Pérez

Sección Endocrinología. Servicio de Medicina Interna. Área Hospitalaria Juan Ramón Jiménez. Huelva

RV-15 IMPACTO DE LA INTENSIFICACIÓN DEL TRATAMIENTO DE LA DIABETES TIPO 2 AL ALTA EN LA PROGRESIÓN DE LA ENFERMEDAD CORONARIA TRAS REVASCULARIZACIÓN PERCUTÁNEA

I. Vázquez, C. Díaz, Y. Villalobos, H. Cachay, A. Camacho, J. Carrasco

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

RV-17 PERFIL DEL HIPERTENSO ANCIANO INGRESADO EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL DE RONDA

A. Ruz Zafra, A. Pérez Rivera, A. Muñoz Claros, A. Ruiz Cantero

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

RV-18 DETECCIÓN DE INSUFICIENCIA RENAL EN PACIENTES INGRESADOS EN MEDICINA INTERNA

C. Luque Amado, M. González Benítez, M. Godoy Guerrero, A. Ruz Zafra, I. Gallardo Romero, A. Muñoz Claros, A. Pérez Rivera, A. Ruiz Cantero

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

RV-19 ALERTA SOBRE INTERACCIONES CLOPIDOGREL-OMEPRAZOL Y CAMBIOS DE PRÁCTICA CLÍNICA

M. Martínez Cortés, C. Maldonado Úbeda, S. Domingo Roa, P. Sánchez López, G. Parra García, M. Esteban Moreno, G. López Lloret, F. Díez García

Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario de Especialidades Torrecárdenas. Almería

RV-20 HTA SECUNDARIA A ESTENOSIS DE LA ARTERIA RENAL: ESTUDIO DEL PERFIL CLÍNICO Y EPIDEMIOLÓGICO DE UNA COHORTE DE PACIENTES

M. Esteban Moreno¹, M. Poveda García², S. Domingo Roa¹, M. Martínez Cortés¹, P. Sánchez López¹, C. Maldonado Úbeda¹, G. López Lloret¹, L. Díez García¹

¹UGC Medicina Interna, ²UGC Nefrología. Complejo Hospitalario Torrecárdenas. Almería

RV-21 HTA SECUNDARIA A ESTENOSIS DE ARTERIA RENAL: ESTUDIO EVOLUTIVO POST-ANGIOPLASTIA

M. Esteban Moreno¹, M. Poveda García², M. Martínez Cortés¹, C. Maldonado Úbeda¹, S. Domingo Roa¹, P. Sánchez López¹, G. Parra García¹, L. Díez García¹

¹UGC Medicina Interna, ²UGC Nefrología. Complejo Hospitalario Torrecárdenas. Almería

RV-22 CARACTERÍSTICAS Y FACTORES DE RIESGO DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN MEDICINA INTERNA Y CARDIOLOGÍA DE UN HOSPITAL GENERAL

C. Maldonado Úbeda, P. Sánchez López, S. Domingo Roa, G. Parra García, M. Esteban Moreno, M. Martínez Cortés, G. López Lloret, F. Díez García

Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario de Especialidades Torrecárdenas. Almería

V-34 RIESGO VASCULAR Y MEDICINA INTERNA

R. Tirado Miranda, I. Mejías Real, M. Pinillos Villatoro, L. Montero Rivas, E. Guisado Espartero

Servicio de Medicina Interna. Hospital Comarcal Infanta Margarita. Córdoba



08:30-10:00 horas. Sala Albéniz

Moderadores: **Dr. José Luis Callejas Rubio**
Servicio de Medicina Interna
Hospital Clínico Universitario San Cecilio. Granada

Dra. Nuria Navarrete Navarrete
Servicio de Medicina Interna
Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada

A-02 COLONIZACIÓN POR PNEUMOCYSTIS EN UNA UNIDAD DE ENDOSCOPIA RESPIRATORIA

M. Martínez Rísquez¹, R. Terán Redondo¹, M. Calero Bernal¹, B. Herreo Hueso¹,
B. Romero Romero², R. Morilla de la Osa³, J. Martín Juan², F. Medrano³

¹Servicio de Medicina Interna, ²Unidad de Endoscopia Respiratoria. Complejo Hospitalario Virgen del Rocío. Sevilla

³CIBER Epidemiología y Salud Pública. Complejo Hospitalario Regional Virgen del Rocío. Sevilla

A-03 ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LOS PACIENTES TRATADOS EN UNA CONSULTA DE INFECCIONES DE PRÓTESIS OSTEOARTICULARES EN UN CORTE TRANSVERSAL

M. Bocanegra Muñoz¹, S. López Cárdenas¹, D. Marín Dueñas², A. Ruiz Arias²

¹U.G.C. Medicina Interna, ²U.G.C. Enfermedades Infecciosas. Hospital General de Jerez de la Frontera. Jerez de la Frontera (Cádiz)

A-04 TUBERCULOSIS DE PRESENTACIÓN ATÍPICA. EXPERIENCIA DE UN HOSPITAL COMARCAL

R. Tirado Miranda, I. Mejías Real, L. Montero Rivas, C. Zafra Jiménez,
M. Pinillos Villatoro, E. Guisado Espartero, M. Navarro Hidalgo, C. Aranda Valle
Servicio de Medicina Interna. Hospital Comarcal Infanta Margarita. Córdoba

A-05 VIH DE PRESENTACIÓN ATÍPICA: EXPERIENCIA DE UN HOSPITAL COMARCAL

I. Mejías Real, R. Tirado Miranda, L. Montero Rivas, C. Aranda Valle,
E. Guisado Espartero, D. Navarro Hidalgo, D. Pinillos Villatoro, G. Biosca Echenique
Servicio de Medicina Interna. Hospital Infanta Margarita. Cabra (Córdoba)

A-06 PERFIL DE RIESGO DE LAS NEUTROPENIAS FEBRILES SECUNDARIAS A TRATAMIENTO QUIMIOTERÁPICO EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

A. Blázquez Puerta, M. Villena Ruiz, T. Pérez Romero, V. Núñez Rodríguez,
A. Del Arco Jiménez, J. Olalla Sierra, J. De la Torre Lima, J. García Alegría
Servicio de Medicina Interna. Hospital Costa del Sol (1). Marbella (Málaga)

A-07 LA INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

M. Ruz Zafra, A. Muñoz Claros, I. Gallardo Romero, C. Luque Amado,
A. Pérez Rivera, M. González Benítez, G. Jarava Rol, A. Ruiz Cantero
Servicio de Medicina Interna. Hospital de la Serranía. Ronda (Málaga)

A-08 CARACTERÍSTICAS CLINICO-EPIDEMIOLÓGICAS DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE ENDOCARDITIS INFECCIOSA EN UN HOSPITAL GENERAL

M. Martínez Cortés, P. Sánchez López, M. Esteban Moreno, C. Maldonado Úbeda,
G. López Lloret, G. Parra García, S. Domingo Roa, L. Díez García
UGC Medicina Interna. Complejo Hospitalario Torrecárdenas. Almería

IC-01 UTILIDAD DIAGNÓSTICA Y LIMITACIONES DEL BNP EN EL DIAGNÓSTICO DE INSUFICIENCIA CARDIACA EN URGENCIAS

J. Blanch Falp¹, D. Blancas Altabella¹, A. Cardiel Bun¹, N. Bordón García¹,
J. Donaire Benito², L. Ivanov¹, J. Torne Cachot¹, J. Baucells Azcona¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Urgencias. Hospital Residència Sant Camil. Sant Pere de Ribes (Barcelona)

IC-02 DIFERENCIAS SEGÚN LA NACIONALIDAD EN LA INSUFICIENCIA CARDÍACA SISTÓLICA EN UN HOSPITAL COMARCAL

L. Pérez Belmonte, M. Platero Sánchez-Escribano, J. Costan Rodríguez,
M. Blanco Díaz, M. Loring Caffarena, M. Delgado Martínez, P. Medina Delgado,
F. Zafra Sánchez

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

IC-03 CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA SISTÓLICA SEGÚN LA EDAD

L. Pérez Belmonte, M. Platero Sánchez-Escribano, J. Costan Rodríguez,
M. Blanco Díaz, M. Loring Caffarena, M. Delgado Martínez, M. Guil García
Servicio de Medicina Interna. Hospital Comarcal de la Axarquía. Vélez-Málaga

IF-01 SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON L.E.S EN UN HOSPITAL COMARCAL

J. Prado Mediano¹, M. Lozano Fernández-Salguero², P. Carrillo¹, M. Ibars¹,
B. Martín¹, J. González¹

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital la Inmaculada. Huércal-Overa (Almería)
²Servicio de Nefrología. Casa de Reposo y Sanatorio del Perpetuo Socorro, S.A. Alicante



T-01 SOSPECHA DIAGNOSTICA CLINICA DE SINDROME ANTIFOSFOLIPIDO

J. Prado Mediano¹, M. Iozano Fernández-Salguero², P. Carrillo¹, B. Martín¹, M. Ibars¹, J. García¹

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital La Inmaculada. Huércal-Overa (Almería)

²Servicio de Nefrología. Casa de Reposo y Sanatorio del Perpetuo Socorro, S.A. (Alicante)

V-11 NÓDULOS PULMONARES: UNA MANIFESTACIÓN EXTRAINTestinal INFRECUENTE DE LA ENFERMEDAD DE CROHN Y DE LA COLITIS ULCEROSA

M. Carrascosa Porras¹, M. Valiente Millán¹, M. Cobo Martín², J. Salcines Caviedes², M. Zabaleta Murguiondo³, P. González Gutiérrez⁴, A. Cuadrado Lavín², J. García Rivero³

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital Comarcal de Laredo. Laredo (Cantabria)

²Servicio de Digestivo, ³Servicio de Respiratorio, ⁴Servicio de Radiología. Hospital Comarcal de Laredo (Cantabria)

V-17 CAMBIOS EN LA ACTIVIDAD CLÍNICA EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO ACTIVO TRAS RECIBIR UNA TERAPIA DE AFRONTAMIENTO DE ESTRÉS

I. Martínez Egea¹, N. Navarrete Navarrete¹, A. Santos Ruiz², M. Peralta Ramírez², P. Baños Piñero¹, M. Arenas Miras¹, A. Fernández Miralbell¹, J. Jiménez Alonso¹

¹Unidad de Enfermedades Autoinmunes y Sistémicas (UEAS). Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada

²Facultad de Psicología. Universidad de Granada.

V-18 MEJORÍA DE LA CALIDAD DE VIDA Y EL ESTRÉS EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO TRAS UNA TERAPIA DE AFRONTAMIENTO DE ESTRÉS COTIDIANO

I. Martínez Egea¹, N. Navarrete Navarrete¹, A. Santos Ruiz², M. Peralta Ramírez², V. Sotorrijo Simó¹, C. Gil Anguita¹, J. Sabio Sánchez¹, J. Jiménez Alonso¹

¹Unidad de Enfermedades Autoinmunes y Sistémicas (UEAS). Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada

²Facultad de Psicología. Universidad de Granada.

V-19 EL DESCENSO DE LOS TRIGLICÉRIDOS EN LOS PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO EN TRATAMIENTO CON HIDROXICLOROQUINA NO ESTÁ MEDIADO POR EL DESCENSO DE LA ACTIVIDAD INFLAMATORIA NI DE LA RESISTENCIA A LA INSULINA

C. Santiago Díaz, A. Fernández Miralbell, J. Sabio Sánchez, C. Gil Anguita, V. Sotorrijo Simó, M. Zamora Pasadas, N. Navarrete Navarrete, J. Jiménez Alonso

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada

V-22 ASPECTOS RELACIONADOS CON DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO Y PRONÓSTICO EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON SARCOIDOSIS EN UN HOSPITAL DE 3º NIVEL

T. Moreno García¹, M. Gallego Blázquez¹, R. Martín Morales¹, A. Hidalgo Conde¹, M. Abarca Costalago¹, M. De Haro Líger², P. Valdivielso Felices¹, P. González Santos¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Reumatología. Complejo Hospitalario Virgen de la Victoria. Málaga

V-23 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, RADIOLÓGICAS Y FUNCIONALES RESPIRATORIAS DE UNA COHORTE DE PACIENTES CON SARCOIDOSIS EN UN HOSPITAL DE 3º NIVEL

R. Martín Morales¹, T. Moreno García¹, A. Hidalgo Conde¹, M. Gallego Blázquez¹, M. Abarca Costalago¹, M. De Haro Líger², P. Valdivielso Felices¹, P. González Santos¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Reumatología. Complejo Hospitalario Virgen de la Victoria. Málaga

V-26 DIFERENCIAS EN LA RIGIDEZ ARTERIAL DEPENDIENDO DE LA DEFINICIÓN DE SÍNDROME METABÓLICO USADA EN MUJERES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

C. Santiago Díaz, A. Fernández Miralbell, J. Sabio Sánchez, V. Sotorrijo Simó, C. Gil Anguita, J. Vargás Hitos, N. Navarrete Navarrete, J. Jiménez Alonso

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada

Sábado, 21 de mayo

09:00-10:30 horas. Sala Machuca

Moderadores: Dr. Antonio Díez Ruiz

Servicio de Medicina Interna

Hospital Clínico Universitario San Cecilio. Granada

Dra. Mónica Zamora Paradas

Servicio de Medicina Interna

Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada

EA-01 PROCEDENCIA DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA A LO LARGO DE 25 AÑOS

C. Rivas Cobas¹, J. Galindo Ocaña², C. Aguilera González², R. Parra Alcaraz¹, A. Fernández López², C. Hernández Quiles¹, L. de la Higuera Vila¹, D. Mendoza Giraldo¹

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

²Unidad de Hospitalización Domiciliaria, UCAMI, Medicina Interna. Hospital Duques del Infantado. Sevilla



EA-02 DIFERENCIAS CLÍNICO-ASISTENCIALES ENTRE PACIENTES NO ONCOLÓGICOS ATENDIDOS EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN EN DOS PERIODOS DE TIEMPO (1995 Y 2009-2010)

L. De la Higuera Vila¹, J. Galindo Ocaña², C. Aguilera González², A. Fernández López², R. Parra Alcaraz¹, D. Mendoza Giraldo¹, J. Praena Segovia¹, M. García Gutiérrez¹
¹UCAMI, Medicina Interna, ²Unidad de Hospitalización Domiciliaria, UCAMI, Medicina Interna. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla

EA-04 ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO/EQUIPO DE SOPORTE DE CUIDADOS PALIATIVOS EN LOS ÚLTIMOS DIEZ AÑOS

C. Aguilera González¹, D. Mendoza Giraldo², J. Galindo Ocaña¹, L. de la Higuera Vila¹, M. García Gutiérrez², C. Ribas Covas², C. Hernández Quiles², A. Fernández López¹
¹Unidad de Hospitalización Domiciliaria. UCAMI. M. Interna, ²UCAMI. Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla

EA-11 VALORACIÓN FUNCIONAL DE PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS NO NEOPLÁSICAS EN ESTADIO AVANZADO. ¿ÍNDICE DE BARTHEL, ECOG-PS Ó PALLIATIVE PERFORMANCE SCALE?

M. García Gutiérrez¹, D. Navarro Hidalgo², A. Fernández López³, P. Retamar Gentil⁴, M. Ollero Baturone¹, M. García Ordóñez⁵, C. San Román Terán⁶
¹UCAMI, ³Unidad de Hospitalización Domiciliaria. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla
²Servicio de Medicina Interna. Hospital Comarcal Infanta Margarita. Córdoba
⁴Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen Macarena. Sevilla
⁵Servicio de Medicina Interna. Hospital de Antequera. Antequera (Málaga)
⁶Servicio de Medicina Interna. Hospital Comarcal de la Axarquía. Vélez-Málaga

EA-15 PERFIL DE LOS PACIENTES CATALOGADOS AL ALTA COMO PLURIPATOLÓGICOS EN UN HOSPITAL GENERAL

P. Sánchez López, M. Esteban Moreno, G. Parra García, M. Martínez Cortés, G. López Lloret, S. Domingo Roa, C. Maldonado Úbeda, F. Díez García
Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario de Especialidades Torrecárdenas. Almería

EA-16 IDENTIFICACIÓN CORRECTA POR LOS FACULTATIVOS DE LOS PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS INGRESADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

G. Parra García, P. Sánchez López, C. Maldonado Úbeda, S. Domingo Roa, G. López Lloret, M. Martínez Cortés, M. Esteban Moreno, F. Díez García
Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Torrecárdenas. Almería

G-05 ANÁLISIS DE LA ESTANCIA HOSPITALARIA PREVISTA EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

P. Conde Baena, N. Navarrete Navarrete, J. Ramírez Taboada, J. Serrano Martínez, J. Sabio Sánchez, J. Arrebola Nacle, J. Jiménez Alonso
Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada

V-03 EVALUACIÓN DE LA POLÍTICA DE PREVENCIÓN DE RIESGOS ASOCIADOS A LA INSERCIÓN DE CATÉTERES INTRAVENOSOS PERIFÉRICOS (CVP)

R. Solís López, J. Blanco Hidalgo, C. Toquero Pichardo, S. Romero Carmona, R. García Guerrero
UCAMI. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla

V-06 INTERCONSULTAS QUIRÚRGICAS AL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

M. Ruiz González, M. Martín Armada, G. Gutiérrez Lara
Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario de Jaén. Jaén

V-08 REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LA LITERATURA SOBRE EL USO DE ORLISTAT EN LA ESTEATOSIS Y ESTEATOHEPATITIS NO ALCOHÓLICA

D. Ledro Cano¹, D. López Peñas¹, R. Pérez Cano², D. Ledro Molina³
¹Servicio de Medicina Interna. Aparato Digestivo. Complejo Hospitalario Llerena-Zafra. Llerena (Badajoz)
²Servicio de Medicina Interna. Reticef. Complejo Hospitalario Regional Virgen Macarena. Sevilla
³Servicio de Medicina Interna. Real Academia de Medicina y Cirugía de Sevilla. Sevilla

V-09 MODELO DE DISTRIBUCIÓN DEL TRABAJO DE LAS INTERCONSULTAS HOSPITALARIAS DE SERVICIOS QUIRÚRGICOS EN NUESTRO SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

M. Ruiz González, M. Martín Armada, J. Trujillo Pérez, F. Molina Molina
Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario de Jaén. Jaén

V-10 ESTUDIO DE LAS DERIVACIONES DEL SERVICIO DE URGENCIAS A UNA CONSULTA DE MEDICINA INTERNA

M. Ruiz González, L. Muñoz Fernández, F. Báñez Sánchez, F. Molina Molina
Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario de Jaén. Jaén



V-13 IDENTIFICACIÓN DE NUEVOS BIOMARCADORES EN LA ENFERMEDAD DE GAUCHER MEDIANTE TÉCNICAS DE PROTEOMICA DIFERENCIAL

I. Martín Garrido¹, M. Martínez Rísquez¹, B. Herrero Hueso¹, M. Calero Bernal¹, E. Campano², V. Friaiza², R. Morilla², E. Calderón²

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

²CIBER de Epidemiología y Salud Pública. Medicina Interna. Complejo Hospitalario Virgen del Rocío. Sevilla

V-15 INSUFICIENCIA CARDIO-RESPIRATORIA COMO MOTIVO DE CONSULTA MÁS FRECUENTE EN UN ANÁLISIS DE LAS HOJAS DE INTERCONSULTAS EMITIDAS A UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

F. Jódar Morente, R. Yeste Martín, A. Rodríguez Sánchez, M. Almenara Escribano, M. Manjón Rodríguez, D. Carrillo Ortiz, F. Molina Molina

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

V-20 VALORACIÓN DE LA CALIDAD DEL MANEJO DEL EPOC AGUDIZADO

M. Rodríguez Amigo¹, R. Vázquez Olivá², F. Hernández Utrera², M. Raffo Márquez¹, M. Pérez Tristancho¹, A. Cabrera Núñez¹

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

V-27 2-3, DIFOSFOGLICERTO ERITROCITARIO Y FÓSFORO INORGÁNICO SÉRICO

M. Menduiña Guillén¹, P. Alaminos García², F. Pérez Blanco¹

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario San Cecilio. Granada

²Cuidados Críticos y Urgencias (UCI). Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada

V-31 LIPODISTROFIA INTESTINAL, CAUSA RARA DE SÍNDROME CONSTITUCIONAL, EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL COMARCAL

L. Montero Rivas¹, I. Mejías Real¹, R. Tirado Miranda¹, F. Ibáñez Bermúdez¹, E. Solís García², M. Piniillos Villatoro¹, E. Guisado Espartero¹, G. Biosca Echenique¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Infanta Margarita. Cabra (Córdoba)

V-33 PRESCRIPCIÓN DE FÁRMACOS CON INTERACCIONES SIGNIFICATIVAS CON ACENOCUMAROL EN MEDICINA INTERNA

G. Parra García, M. Martínez Cortés, M. Esteban Moreno, G. López Lloret, P. Sánchez López, C. Maldonado Úbeda, S. Domingo Roa, F. Díez García

Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario de Especialidades Torrecárdenas. Almería

09:00-10:30 horas. Sala Albéniz

Moderadores: Dr. José Luis Aguilar Martínez

Servicio de Medicina Interna
Hospital Universitario San Cecilio. Granada

Dra. Mar Rivero Rodríguez

Servicio de Medicina Interna
Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada

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

J. Praena Segovia¹, N. Ramírez Duque¹, A. Fernández Moyano², M. Bayón Sayago³, F. Díez García⁴

¹UCAMI. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla

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

³Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen Macarena. Sevilla

⁴Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario de Poniente (1). Almería

EA-12 UTILIZACIÓN DEL INHALADOR DE POLVO SECO EN EL PACIENTE HOSPITALIZADO DE EDAD AVANZADA

P. Durán García¹, A. Rodríguez Borrego²

¹U.G.C. Medicina Interna, ²Unidad de Reanimación postquirúrgica. Hospital Reina Sofía. Córdoba

EA-14 DIFICULTADES PARA LA INVESTIGACIÓN INDEPENDIENTE EN ESPAÑA. EL EJEMPLO DEL ENSAYO CLÍNICO PAHFRAC-01

M. Rincón¹, S. Gutiérrez-Rivero¹, V. Alfaro-Lara¹, C. Rosso², R. Aparicio³, M. Romero⁴, A. Ruiz-Cantero⁵, L. Moreno-Gaviño¹

¹UCAMI, ²UCICEC-CAIBER. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla

³Servicio de Medicina Interna. Hospital San Juan de Dios de El Aljarafe. Sevilla

⁴Servicio de Medicina Interna. Hospital Infanta Elena. Huelva

⁵Servicio de Medicina Interna. Hospital de la Serranía. Ronda (Málaga)

G-01 EVALUACIÓN DE LA PERCEPCIÓN/SATISFACCIÓN EN SEGURIDAD DE LOS USUARIOS. UN INDICADOR DE CALIDAD

S. Martín Matute, P. Paredes Pérez, A. Valderas García, R. Arahal Trigeros, E. Valero Aliaga

UCAMI. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla



G-03 COORDINACIÓN DE LA ATENCIÓN A LOS PACIENTES AFECTOS DE ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA A TRAVÉS DE LA GESTIÓN DE CASOS HOSPITALARIOS & MEDICINA INTERNA

J. Alejo Ortégón Gallego¹, C. Nevado Barbero¹, D. Pérez Tejero², C. Losada Morell³, J. Mejías Real⁴, L. Montero Rivas⁴, C. Aranda Valle³
¹Enfermería Gestora de Casos, ²F.E.A. Neumología-Medicina Interna, ³Nutrición Clínica-Medicina Interna, ⁴F.E.A. Medicina Interna. Hospital Infanta Margarita. Cabra (Córdoba)

G-06 ¿SE RESPETAN EFICAZMENTE LOS DERECHOS DE NUESTROS/AS USUARIOS/AS?

J. Pino Ruiz
Servicio de Medicina Interna. Hospital Provincial. Córdoba

V-01 INMIGRANTES SUBSAHARIANOS INGRESADOS EN MEDICINA INTERNA DE UN HOSPITAL COMARCAL: SERIE DE CASOS

A. Gallego de la Sacristana López Serrano¹, M. Moreno Conde¹, J. Bonilla Palomas², R. Martínez Cobo³, A. Soto Benegas³
¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Cardiología, ³Servicio de Neumología. Hospital San Juan de la Cruz. Úbeda (Jaén)

V-02 CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICAS Y COMPLICACIONES DE UNA SERIE DE CPRE

M. Vallejo Herrera, A. Ruiz Serrato, M. Guerrero León, J. Villar Jiménez, M. García Ordóñez
Servicio de Medicina Interna. Hospital de Antequera. Antequera (Málaga)

V-12 METAANÁLISIS SOBRE LA PRECISIÓN DIAGNÓSTICA DE LA ENDOSCOPIA CON CÁPSULA DE COLON

D. Ledro Cano¹, D. López Peñas¹, R. Pérez Cano², D. Ledro Molina³
¹Servicio de Medicina Interna. Aparato Digestivo. Complejo Hospitalario Llerena-Zafra. Llerena (Badajoz)
²Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Virgen Macarena. Sevilla
³Servicio de Medicina Interna. Real Academia de Medicina y Cirugía de Sevilla. Sevilla

V-16 MEDICINA INTERNA: "DIANA" DE LAS HOJAS DE CONSULTA DEL AREA MÉDICA DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

L. Muñoz Fernández, G. Gutiérrez Lara, M. Martín Armada, M. Ruiz González, J. Martínez Colmenero, C. Porras Arboledas, D. Carrillo Ortiz, F. Molina Molina
Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario de Jaén. Jaén

V-21 ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LAS INTERCONSULTAS URGENTES REALIZADAS A UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

C. Porras Arboledas, L. Manjón Rodríguez, M. Almenara Escribano, F. Jódar Llorente, G. Gutiérrez Lara, D. Carrillo Ortiz, F. Molina Molina
Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Médico- Quirúrgico. Jaén

V-24 INTERCONSULTAS EN UN COMARCAL

M. Loring Caffarena, J. Lain Guelbenzu, J. Constán Rodríguez, M. Guil García, C. Martínez Delgado
Servicio de Medicina Interna. Hospital Comarcal de la Axarquía. Vélez-Málaga

V-25 UTILIDAD DE UN APARATO DE ECOGRAFÍA DE BOLSILLO EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

G. López Lloret, G. López Martínez, S. López Palmero, G. Parra García, S. Domingo Roa, M. Esteban Moreno, C. Maldonado Úbeda, F. Díez García
Servicio de Medicina Interna. Hospital Torrecárdenas. Almería

V-28 ACTIVIDAD URINARIA DEL N-ACETIL-BETA-GLUCOSAMINIDASA POSTLITOTRIZIA EXTRACORPÓREA EN PACIENTES CON LITIASIS RENAL

M. Mendiña Guillén¹, P. Alaminos García², F. Pérez Blanco¹
¹Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario San Cecilio. Granada
²Cuidados Críticos y Urgencias (UCI). Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada

V-29 ¿LAS PANCREATITIS POST-CPRE COMPORTAN MAYOR GRAVEDAD QUE LAS DEBIDAS A OTRAS ETIOLOGÍAS?

M. Vallejo Herrera, A. Ruiz Serrato, M. Guerrero León, J. Villar Jiménez, M. García Ordóñez
Servicio de Medicina Interna. Hospital de Antequera. Antequera (Málaga)

V-30 ANEMIA PREQUIRÚRGICA EN UN HOSPITAL COMARCAL. EL PAPEL DEL INTERNISTA

M. Romero Jiménez¹, F. Cañallero Granada¹, G. García Donas², E. Sánchez Ruiz-Granados¹
¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Hematología. Hospital Infanta Elena. Huelva

V-35 LA EFICACIA DEL MASAJE TERAPÉUTICO Y VEINTITRÉS DIAS DE TRABAJO GRATIFICANTE ANTE UNA ÚLCERA VARICOSA

J. Pino Ruiz, M. Arroyo Alcaide, E. Rodríguez Ocaña, A. Ariza Luna
Servicio de Medicina Interna. Hospital Provincial. Córdoba



ÍNDICE

COMUNICACIONES ORALES

Enfermedades Infecciosas (A)

- A-01** UTILIDAD Y RENDIMIENTO DE UN PROTOCOLO DE DIAGNÓSTICO Y SEGUIMIENTO DE DISPLASIA DE LA MUCOSA DEL CANAL ANAL DE HOMBRES QUE TIENEN SEXO CON HOMBRES (HSH) VIH + MEDIANTE EL USO DE CITOLOGÍA ANAL Y PCR DE VPH.....41

Paciente Pluripatológico/ Edad Avanzada (EA)

- EA-03** MODELO DE ATENCIÓN COMPARTIDA ENTRE ATENCIÓN PRIMARIA Y HOSPITALARIA A PACIENTES EN SITUACIÓN TERMINAL DE ENFERMEDAD ONCOLÓGICA Y NO ONCOLÓGICA42
- EA-05** INDICE DE BARTHEL ABREVIADO PARA PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS DEPENDIENTES44
- EA-06** EFECTO DE LAS ESTATINAS, INHIBIDORES/BLOQUEANTES DEL EJE RENINA-ANGIOTENSINA Y BETABLOQUEANTES EN MORTALIDAD Y DETERIORO FUNCIONAL DE LOS PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS.....45
- EA-07** DIMENSIÓN SOCIOFAMILIAR DE UNA MUESTRA MULTICÉNTRICA DE PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS NO NEOPLÁSICAS EN ESTADIO AVANZADO. PROYECTO PALIAR.....46
- EA-08** CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y FUNCIONALES DE UNA MUESTRA MULTICÉNTRICA DE PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS NO NEOPLÁSICAS EN ESTADIO AVANZADO.....48
- EA-10** CATEGORIZACIÓN CLÍNICA Y PRONÓSTICA DE PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS NO NEOPLÁSICAS EN ESTADIO AVANZADO. RESULTADOS PRELIMINARES DEL PROYECTO PALIAR.....49
- EA-13** ESTUDIO DE COHORTES ANTES Y DESPUÉS DE LA IMPLANTACIÓN DE UN MODELO DE SOPORTE CLÍNICO INTEGRAL A PACIENTES CON FRACTURA DE CADERA. RESULTADOS PRELIMINARES.....50

Gestión Clínica (G)

- G-02** ALTERNATIVA A LA HOSPITALIZACIÓN CONVENCIONAL: UNIDAD DE ESTABILIZACIÓN CLÍNICA. RESULTADOS EN 5 AÑOS DE EXPERIENCIA.....51
- G-04** RETO Y COMPROMISO EN LAS ENFERMEDADES RARAS: EXPERIENCIAS DE ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO DE CASOS EN UNA UNIDAD DE MEDICINA INTERNA.....52

Inflamación/ Enfermedades Autoinmunes (IF)

- IF-02** RESPUESTA DEL EJE HIPOTALÁMICO-HIPOFISARIO ADRENAL EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO ANTE UNA TAREA DE HABLAR EN PÚBLICO.....54

Riesgo Vascular (RV)

- RV-05** ¿EXISTE VARIABILIDAD EN LAS DETERMINACIONES DE LA GLUCOHEMOGLOBINA HBA1C EN FUNCIÓN DE LOS VALORES DE HEMOGLOBINA?.....55
- RV-07** MANEJO CLÍNICO DEL DEPORTISTA HIPERTENSO.....56
- RV-14** ANÁLISIS DESCRIPTIVO Y MANEJO AL ALTA DE UNA SERIE DE PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2 SOMETIDOS A REVASCULARIZACIÓN CORONARIA PERCUTÁNEA.....57
- RV-16** DISTRIBUCIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN HIPERTENSOS MENORES DE 55 AÑOS INGRESADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DE RONDA.....58

Enfermedad Tromboembólica (T)

- T-02** RESULTADOS PRELIMINARES DE ESTUDIO MULTICÉNTRICO EN ATENCIÓN PRIMARIA SOBRE PROFILAXIS DE ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA EN PACIENTES MÉDICOS.....60

Varios (V)

- V-04** ESTUDIO DESCRIPTIVO DE 15 MESES DE EXPERIENCIA EN INTERCONSULTAS DE SERVICIOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS A UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.....61
- V-05** ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LAS INTERCONSULTAS REALIZADAS A UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.....62
- V-07** NEOPLASIAS DIAGNOSTICADAS EN UNA UNIDAD DE MEDICINA INTERNA.....63
- V-14** GRADO DE DESNUTRICIÓN EN LOS PACIENTES INGRESADOS EN UNA SALA DE MEDICINA INTERNA.....65
- V-32** LA MEDICINA INTERNA PERIOPERATORIA EN EL HOSPITAL TORRECÁRDENAS DE ALMERÍA.....66



PÓSTERS

Enfermedades Infecciosas (A)

| | | |
|-------------|---|-----------|
| A-02 | COLONIZACIÓN POR PNEUMOCYSTIS EN UNA UNIDAD DE ENDOSCOPIA RESPIRATORIA..... | 68 |
| A-03 | ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LOS PACIENTES TRATADOS EN UNA CONSULTA DE INFECCIONES DE PRÓTESIS OSTEOARTICULARES EN UN CORTE TRANSVERSAL..... | 69 |
| A-04 | TUBERCULOSIS DE PRESENTACIÓN ATÍPICA. EXPERIENCIA DE UN HOSPITAL COMARCAL..... | 70 |
| A-05 | VIH DE PRESENTACIÓN ATÍPICA: EXPERIENCIA DE UN HOSPITAL COMARCAL..... | 71 |
| A-06 | PERFIL DE RIESGO DE LAS NEUTROPENIAS FEBRILES SECUNDARIAS A TRATAMIENTO QUIMIOTERÁPICO EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA..... | 73 |
| A-07 | LA INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA..... | 74 |
| A-08 | CARACTERÍSTICAS CLINICO-EPIDEMIOLÓGICAS DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE ENDOCARDITIS INFECCIOSA EN UN HOSPITAL GENERAL..... | 76 |

Paciente Pluripatológico/ Edad Avanzada (EA)

| | | |
|--------------|--|-----------|
| EA-01 | PROCEDENCIA DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA A LO LARGO DE 25 AÑOS..... | 77 |
| EA-02 | DIFERENCIAS CLÍNICO-ASISTENCIALES ENTRE PACIENTES NO ONCOLÓGICOS ATENDIDOS EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN EN DOS PERIODOS DE TIEMPO (1995 Y 2009-2010)..... | 78 |
| EA-04 | ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO/EQUIPO DE SOPORTE DE CUIDADOS PALIATIVOS EN LOS ÚLTIMOS DIEZ AÑOS..... | 80 |
| EA-09 | PERFIL DE PRESCRIPCIÓN FARMACOLÓGICA A PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS NO NEOPLÁSICAS EN ESTADIO AVANZADO DE 41 HOSPITALES ESPAÑOLES..... | 81 |
| EA-11 | VALORACIÓN FUNCIONAL DE PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS NO NEOPLÁSICAS EN ESTADIO AVANZADO. ¿ÍNDICE DE BARTHEL, ECOG-PS Ó PALLIATIVE PERFORMANCE SCALE?..... | 82 |
| EA-12 | UTILIZACIÓN DEL INHALADOR DE POLVO SECO EN EL PACIENTE HOSPITALIZADO DE EDAD AVANZADA..... | 83 |
| EA-14 | DIFICULTADES PARA LA INVESTIGACIÓN INDEPENDIENTE EN ESPAÑA. EL EJEMPLO DEL ENSAYO CLÍNICO PAHFRAC-01..... | 85 |

| | | |
|--------------|---|-----------|
| EA-15 | PERFIL DE LOS PACIENTES CATALOGADOS AL ALTA COMO PLURIPATOLÓGICOS EN UN HOSPITAL GENERAL..... | 86 |
| EA-16 | IDENTIFICACIÓN CORRECTA POR LOS FACULTATIVOS DE LOS PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS INGRESADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA..... | 87 |

Gestión Clínica (G)

| | | |
|-------------|---|-----------|
| G-01 | EVALUACIÓN DE LA PERCEPCIÓN/SATISFACCIÓN EN SEGURIDAD DE LOS USUARIOS. UN INDICADOR DE CALIDAD..... | 88 |
| G-03 | COORDINACIÓN DE LA ATENCIÓN A LOS PACIENTES AFECTOS DE ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA A TRAVÉS DE LA GESTIÓN DE CASOS HOSPITALARIOS & MEDICINA INTERNA..... | 89 |
| G-05 | ANÁLISIS DE LA ESTANCIA HOSPITALARIA PREVISTA EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA..... | 91 |
| G-06 | ¿SE RESPETAN EFICAZMENTE LOS DERECHOS DE NUESTROS/AS USUARIOS/AS?..... | 91 |

Insuficiencia Cardíaca (IC)

| | | |
|--------------|---|-----------|
| IC-01 | UTILIDAD DIAGNÓSTICA Y LIMITACIONES DEL BNP EN EL DIAGNÓSTICO DE INSUFICIENCIA CARDÍACA EN URGENCIAS..... | 93 |
| IC-02 | DIFERENCIAS SEGÚN LA NACIONALIDAD EN LA INSUFICIENCIA CARDÍACA SISTÓLICA EN UN HOSPITAL COMARCAL..... | 94 |
| IC-03 | CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA SISTÓLICA SEGÚN LA EDAD..... | 95 |

Inflamación/ Enfermedades Autoinmunes (IF)

| | | |
|--------------|---|-----------|
| IF-01 | SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON L.E.S EN UN HOSPITAL COMARCAL..... | 96 |
|--------------|---|-----------|

Riesgo Vascular (RV)

| | | |
|--------------|--|------------|
| RV-01 | FRECUENCIA DE TOS POR IECA EN UNA CONSULTA DE HTA..... | 97 |
| RV-02 | FACTORES QUE MODIFICAN LA FUNCIÓN ENDOTELIAL EN PACIENTES VIH..... | 99 |
| RV-03 | ESTUDIO DE PREVALENCIA DEL RIESGO CARDIOVASCULAR EN PRISIONES (ESTUDIO EPRICAP)..... | 100 |
| RV-04 | TRATAMIENTO DE LOS FACTORES DE RIESGO VASCULAR EN PACIENTES INGRESADOS EN CARDIOLOGÍA Y MEDICINA INTERNA DE UN HOSPITAL GENERAL..... | 101 |



| | | |
|--------------|--|------------|
| RV-06 | CONTROL DE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA CRÓNICA EN UN HOSPITAL COMARCAL..... | 102 |
| RV-08 | ESTUDIO DE HTA SECUNDARIA EN DEPORTISTA..... | 104 |
| RV-09 | HIPERTENSIÓN RENOVASCULAR: CONCLUSIONES CLÍNICAS SOBRE UNACOHORTE..... | 105 |
| RV-10 | POTASEMIA COMO INDICADOR DE HIPERTENSIÓN RENOVASCULAR..... | 106 |
| RV-11 | SINDROME DE APNEA DEL SUEÑO E HTA: RESPUESTA AL TRATAMIENTO CON DOXAZOCINA DE LIBERACIÓN RETARDADA..... | 107 |
| RV-12 | HIPERTENSIÓN RENOVASCULAR: RESPUESTA A ALISKIREN..... | 108 |
| RV-13 | METFORMINA, UN EXCELENTE FÁRMACOS PARA LA DIABETES TIPO 2 ¿DEBEREMOS TENER ALGUNA PRECAUCIÓN CON SU USO?..... | 109 |
| RV-15 | IMPACTO DE LA INTENSIFICACIÓN DEL TRATAMIENTO DE LA DIABETES TIPO 2 AL ALTA EN LA PROGRESIÓN DE LA ENFERMEDAD CORONARIA TRAS REVASCULARIZACIÓN PERCUTÁNEA..... | 110 |
| RV-17 | PERFIL DEL HIPERTENSO ANCIANO INGRESADO EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL DE RONDA..... | 111 |
| RV-18 | DETECCIÓN DE INSUFICIENCIA RENAL EN PACIENTES INGRESADOS EN MEDICINA INTERNA..... | 112 |
| RV-19 | ALERTA SOBRE INTERACCIONES CLOPIDOGREL-OMEPRAZOL Y CAMBIOS DE PRÁCTICA CLÍNICA..... | 114 |
| RV-20 | HTA SECUNDARIA A ESTENOSIS DE LA ARTERIA RENAL: ESTUDIO DEL PERFIL CLÍNICO Y EPIDEMIOLÓGICO DE UNA COHORTE DE PACIENTES..... | 115 |
| RV-21 | HTA SECUNDARIA A ESTENOSIS DE ARTERIA RENAL: ESTUDIO EVOLUTIVO POST-ANGIOPLASTIA..... | 116 |
| RV-22 | CARACTERÍSTICAS Y FACTORES DE RIESGO DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN MEDICINA INTERNA Y CARDIOLOGÍA DE UN HOSPITAL GENERAL..... | 117 |

Enfermedad Tromboembólica (T)

| | | |
|-------------|---|------------|
| T-01 | SOSPECHA DIAGNOSTICA CLINICA DE SINDROME ANTIFOSFOLIPIDO..... | 118 |
|-------------|---|------------|

Varios (V)

| | | |
|-------------|---|------------|
| V-01 | INMIGRANTES SUBSAHARIANOS INGRESADOS EN MEDICINA INTERNA DE UN HOSPITAL COMARCAL: SERIE DE CASOS..... | 120 |
| V-02 | CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICAS Y COMPLICACIONES DE UNA SERIE DE CPRE..... | 121 |

| | | |
|-------------|---|------------|
| V-03 | EVALUACIÓN DE LA POLÍTICA DE PREVENCIÓN DE RIESGOS ASOCIADOS A LA INSERCIÓN DE CATÉTERES INTRAVENOSOS PERIFÉRICOS (CVP)..... | 122 |
| V-06 | INTERCONSULTAS QUIRÚRGICAS AL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA..... | 123 |
| V-08 | REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LA LITERATURA SOBRE EL USO DE ORLISTAT EN LA ESTEATOSIS Y ESTEATOHEPATITIS NO ALCOHÓLICA..... | 125 |
| V-09 | MODELO DE DISTRIBUCIÓN DEL TRABAJO DE LAS INTERCONSULTAS HOSPITALARIAS DE SERVICIOS QUIRÚRGICOS EN NUESTRO SERVICIO DE MEDICINA INTERNA..... | 126 |
| V-10 | ESTUDIO DE LAS DERIVACIONES DEL SERVICIO DE URGENCIAS A UNA CONSULTA DE MEDICINA INTERNA..... | 127 |
| V-11 | NÓDULOS PULMONARES: UNA MANIFESTACIÓN EXTRAINTestinal INFRECUENTE DE LA ENFERMEDAD DE CROHN Y DE LA COLITIS ULCEROSA..... | 129 |
| V-12 | METAANÁLISIS SOBRE LA PRECISIÓN DIAGNÓSTICA DE LA ENDOSCOPIA CON CÁPSULA DE COLON..... | 130 |
| V-13 | IDENTIFICACIÓN DE NUEVOS BIOMARCADORES EN LA ENFERMEDAD DE GAUCHER MEDIANTE TÉCNICAS DE PROTEOMICA DIFERENCIAL..... | 131 |
| V-15 | INSUFICIENCIA CARDIO-RESPIRATORIA COMO MOTIVO DE CONSULTA MÁS FRECUENTE EN UN ANÁLISIS DE LAS HOJAS DE INTERCONSULTAS EMITIDAS A UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA..... | 132 |
| V-16 | MEDICINA INTERNA: "DIANA" DE LAS HOJAS DE CONSULTA DEL AREA MÉDICA DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL..... | 134 |
| V-17 | CAMBIOS EN LA ACTIVIDAD CLÍNICA EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO ACTIVO TRAS RECIBIR UNA TERAPIA DE AFRONTAMIENTO DE ESTRÉS..... | 135 |
| V-18 | MEJORÍA DE LA CALIDAD DE VIDA Y EL ESTRÉS EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO TRAS UNA TERAPIA DE AFRONTAMIENTO DE ESTRÉS COTIDIANO..... | 136 |
| V-19 | EL DESCENSO DE LOS TRIGLICÉRIDOS EN LOS PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO EN TRATAMIENTO CON HIDROXICLOROQUINA NO ESTÁ MEDIADO POR EL DESCENSO DE LA ACTIVIDAD INFLAMATORIA NI DE LA RESISTENCIA A LA INSULINA..... | 137 |
| V-20 | VALORACIÓN DE LA CALIDAD DEL MANEJO DEL EPOC AGUDIZADO..... | 138 |
| V-21 | ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LAS INTERCONSULTAS URGENTES REALIZADAS A UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA..... | 140 |
| V-22 | ASPECTOS RELACIONADOS CON DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO Y PRONÓSTICO EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON SARCOIDOSIS EN UN HOSPITAL DE 3º NIVEL..... | 141 |



| | | |
|------|--|-----|
| V-23 | CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, RADIOLÓGICAS Y FUNCIONALES RESPIRATORIAS DE UNA COHORTE DE PACIENTES CON SARCOIDOSIS EN UN HOSPITAL DE 3º NIVEL..... | 142 |
| V-24 | INTERCONSULTAS EN UN COMARCAL..... | 143 |
| V-25 | UTILIDAD DE UN APARATO DE ECOGRAFÍA DE BOLSILLO EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA..... | 145 |
| V-26 | DIFERENCIAS EN LA RIGIDEZ ARTERIAL DEPENDIENDO DE LA DEFINICIÓN DE SÍNDROME METABÓLICO USADA EN MUJERES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO..... | 146 |
| V-27 | 2-3, DIFOSFOGLICERATO ERITROCITARIO Y FÓSFORO INORGÁNICO SÉRICO..... | 147 |
| V-28 | ACTIVIDAD URINARIA DEL N-ACETIL-BETA-GLUCOSAMINIDASA POSTLITOTRIZIA EXTRACORPÓREA EN PACIENTES CON LITIASIS RENAL..... | 149 |
| V-29 | ¿LAS PANCREATITIS POST-CPRE COMPORTAN MAYOR GRAVEDAD QUE LAS DEBIDAS A OTRAS ETIOLOGÍAS?..... | 150 |
| V-30 | ANEMIA PREQUIRÚRGICA EN UN HOSPITAL COMARCAL. EL PAPEL DEL INTERNISTA..... | 151 |
| V-31 | LIPODISTROFIA INTESTINAL, CAUSA RARA DE SÍNDROME CONTITUCIONAL, EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL COMARCAL..... | 153 |
| V-33 | PRESCRIPCIÓN DE FÁRMACOS CON INTERACCIONES SIGNIFICATIVAS CON ACENOCUMAROL EN MEDICINA INTERNA..... | 154 |
| V-34 | RIESGO VASCULAR Y MEDICINA INTERNA..... | 155 |
| V-35 | LA EFICACIA DEL MASAJE TERAPÉUTICO Y VEINTITRÉS DÍAS DE TRABAJO GRATIFICANTE ANTE UNA ÚLCERA VARICOSA..... | 156 |

COMUNICACIONES ORALES

Enfermedades Infecciosas (A)

A-01 UTILIDAD Y RENDIMIENTO DE UN PROTOCOLO DE DIAGNÓSTICO Y SEGUIMIENTO DE DISPLASIA DE LA MUCOSA DEL CANAL ANAL DE HOMBRES QUE TIENEN SEXO CON HOMBRES (HSH) VIH + MEDIANTE EL USO DE CITOLOGÍA ANAL Y PCR DE VPH

M. Rivero Rodríguez¹, C. Hidalgo Tenorio², M. Arenas Miras¹, Á. Concha López³, R. López Castro³, M. López de Hierro⁴, J. Pasquau Liaño², M. López Ruz²
¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Enfermedades Infecciosas, ³Servicio de Anatomía Patológica, ⁴Servicio de Digestivo. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada

OBJETIVOS

PRINCIPAL: Demostrar la necesidad y rentabilidad de un diagnóstico precoz de displasia del canal anal en HSH VIH + de nuestra área. SECUNDARIOS: 1.- Analizar la prevalencia de los serotipos VPH y de la displasia del canal anal. 2.- Estudiar la sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y valor predictivo negativo de la PCR de VPH para el diagnóstico de displasia de canal anal. 3.- Analizar la complementariedad de la citología y PCR VPH para diagnosticar ASIL. 4.- Analizar coste-eficacia del protocolo diagnóstico.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio de cohortes prospectivo en HSH VIH positivos de la UEI del HUVN de Granada. Recogida de datos epidemiológicos y analíticos. Toma de muestras del canal anal: 1.- PCR VPH (alto o bajo riesgo oncogénico: AR o BR). 2- Citología: ASIL (lesión intraepitelial anal escamosa), clasificada como LSIL (bajo grado) o HSIL (alto grado). Rectoscopia y biopsia si HSIL o persisten en 2 controles un VPH de alto riesgo y/o citología con displasia. Cirugía si en la biopsia: Neoplasia intraepitelial anal (AIN) II, III o CC IN SITU.

RESULTADOS

-Descripción de la cohorte y análisis univariante (citología anal anómala; $p > 0,05$): Edad 31 ± 8 años; parejas en los 12 meses previos $9,7 \pm 28,7$; profiláctico 70,5%; CD4 Nadir 454 ± 276 células/ml; tiempo diagnóstico VIH fue de 50 ± 60 meses, estadio SIDA (CDC) 29,1%, TAR 61,2%, fracaso virológico 8,3%, TBC 10,7%, VHB 4,3%, VHC 4,3%, Naive 38,8%, LUES 21,7%, tabaco 52,6% ($p = 0,019$). Predicción de biopsia patológica: PCR VPH: S 21,5%, E 80%, VPP 80%, VPN 21% Citología anal: S 87,5%, E 50%, VPP 82,32%, VPN 60%. -Análisis coste-eficacia: 320-400 euros/persona/año. 65 persona/año: 41.600. Para diagnosticar a una persona con lesión displásica habría que hacer despistaje de 1,5 personas más sana con alta sospecha. -Análisis univariante PCR VPH - ASIL: PCR BR 24,5% (NS) -PCR AR 25,7% (NS) - PCR AR y BR 44,8% ($p = 0,02$) VPH 6,11 13,2% ($P = 0,017$) - VPH 16 26,4% ($p = 0,009$) - VPH 18 15,1% (NS) - VPH 51 15% (NS).



DISCUSIÓN

En la actualidad no se realiza de forma sistemática un despistaje de neoplasia del canal anal en los pacientes que presentan un elevado riesgo. No existe un consenso acerca de la necesidad de un protocolo de diagnóstico y seguimiento de las lesiones displásicas del canal anal, y los facultativos capacitados para realizar la técnica de la citología y la inspección mediante rectoscopio son escasos.

CONCLUSIONES

Existe una alta prevalencia e incidencia de AIN II, III y C in situ entre los HSH-VIH+, entre 60-70% tiene lesiones displásicas en el canal anal, y más del 90% están colonizados por VPH, lo que nos obliga a hacer despistaje de dichas lesiones en esta población. La combinación de la citología y PCR de VPH AR son eficaces en el diagnóstico/seguimiento de ASIL por su elevada sensibilidad y VPP.

Tabla.

RESULTADOS CITOLOGÍAS 1ª VISITA Y BIOPSIAS PROCEDENTES DE RECTOSCOPIA (A-01)

| CITOLOGÍAS ANÓMALAS | 81/114 (71%) | BIOPSIAS PATOLÓGICAS | 17/26 (65,38%) |
|---------------------|---------------|----------------------|----------------|
| LSIL | 59/81(72,83%) | AIN I | 9/26 (34,6%) |
| HSIL | 0/81(0%) | AIN II/III | 5/26 (19,23%) |
| ASCUS | 22/81(27,165) | CC IN SITU | 3/26 (11,5%) |

Paciente Pluripatológico/ Edad Avanzada (EA)

EA-03 MODELO DE ATENCIÓN COMPARTIDA ENTRE ATENCIÓN PRIMARIA Y HOSPITALARIA A PACIENTES EN SITUACIÓN TERMINAL DE ENFERMEDAD ONCOLÓGICA Y NO ONCOLÓGICA

V. Alfaro Lara¹, C. Hernández Quiles¹, J. Galindo Ocaña², C. Aguilera González², M. Rincón Gómez¹, A. Fernández López², C. Ribas Covas¹, D. Mendoza Giraldo¹
¹UCAMI. Servicio de Medicina Interna, ²Unidad de Hospitalización Domiciliaria. UCAMI. Medicina Interna. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla

OBJETIVOS

Presentar el protocolo de colaboración continuada y coordinada, entre los Centros de Salud y la U. Hospitalización Domiciliaria/Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos (UHD/ESCP) integrada en la Unidad Clínica de Atención Médica Integral (UCAMI) del HUVR.

MATERIAL Y MÉTODO

Descripción del Modelo de Atención Compartida.

RESULTADOS

En abril 2010, los Centros del Salud (CS) del área HUVR y la UCAMI, que incluye UHD/ESCP acuerdan firmar un acuerdo de colaboración entre unidades de gestión clínica, para desarrollar un modelo de atención compartida que establece la valoración y seguimiento conjuntos. La población diana incluye los pacientes en fase paliativa de enfermedad oncológica y no oncológica. El acuerdo ofrece la disponibilidad sectorizada para que cada centro contacte telefónicamente con su médico de referencia. Población total Área Virgen del Rocío: 549.698 habitantes, (distritos Sevilla, Aljarafe y Sevilla Sur), 32 CS. Estos centros se reparten en 4 equipos médicos (8 CS/referente) y tres enfermeros. El referente de planta de hospitalización convencional (MI u otros servicios) es un médico interconsultor intrahospitalario. El contacto entre Médicos de Familia (MF) y referente de Cuidados Paliativos (rCP) se realiza de forma directa y personalizada a través de teléfono móvil en horario de 8:00 a 15:00 horas, y un segundo número para atención continuada de 15-20 horas. Para ello cada equipo de trabajo dispone del listado de números de teléfonos de las consultas en los Centros de Salud y los horarios de trabajo de cada médico. El rCP es el responsable de un compromiso de colaboración en el que se ofrece una atención integral e individualizada: a) Soporte domiciliario a pacientes en fase paliativa de alta complejidad condicionada por las características del paciente, su enfermedad o su entorno social, familiar o afectivo, b) Actuaciones puntuales de valoración conjunta. Contacto verbal telefónico del rCP con el MF tras cada intervención, en casos de estabilización clínica o mejoría. Soporte telefónico ante la existencia de dudas o crisis de necesidades que no requieran una valoración presencial. c) Sesiones clínicas conjuntas formativas y clínicas. d) Ingresos hospitalarios programados para evitar el paso por el Área de Urgencias, bien en planta de Cuidados Paliativos ubicada en H. Duques del Infantado, bien en planta convencional. e) Seguimiento domiciliario tras el alta hospitalaria de pacientes aún en situación inestable, tanto desde M. Interna como de otros Servicios. Para ello el médico responsable del paciente puede contactar con el Interconsultor del H. General (8-15 horas).

DISCUSIÓN

El modelo de atención compartida garantiza la continuidad asistencial entre el paciente, su MF, su rCP y los recursos hospitalarios y extrahospitalarios, y permite dar una asistencia integral que responde a las necesidades físicas, emocionales y espirituales de la unidad paciente-familia/cuidadores en el final de la vida, en el domicilio como el lugar idóneo en las últimas etapas de la enfermedad.

CONCLUSIONES

El modelo asistencial de la UHD/ESCP del HUVR tiene como objetivo fundamental el abordaje integral y la continuidad asistencial a través de la comunicación directa interniveles y entre los profesionales.



EA-05 INDICE DE BARTHEL ABREVIADO PARA PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS DEPENDIENTES

J. Galindo Ocaña¹, M. Ollero Baturone¹, B. Barón Franco², J. Murcia Zaragoza³, A. Fuertes Martín⁴, C. Ramos Cantos⁵, A. Fernández Moyano⁶, en representación de los Investigadores del Proyecto PROFUND

¹Unidad Clínica de Atención Médica Integral. M. Interna. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla

²Servicio de Medicina Interna. Hospital General Juan Ramón Jiménez. Huelva

³Servicio de Medicina Interna. Hospital Vega Baja De Orihuela. Alicante

⁴Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Salamanca. H. Clínico. Salamanca

⁵Servicio de Medicina Interna. Hospital de la Serranía. Ronda (Málaga)

⁶Servicio de Medicina Interna. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos (Sevilla)

OBJETIVOS

Nos propusimos crear un índice de Barthel abreviado que permitiesen discriminar la presencia de dependencia severa con sólo dos preguntas clave como screening y confirmación. Asimismo validación de las preguntas clave entre dos áreas, occidental y oriental.

MATERIAL Y MÉTODO

Subestudio transversal en los pacientes pluripatológicos (PPP) del Proyecto multicéntrico PROFUND, analizados en 36 hospitales de 11 comunidades autónomas. Fueron incluidos los pacientes que tuviesen registradas todas las dimensiones del índice de Barthel (IB) de dependencia para las actividades básicas de la vida diaria (ABVD). Se comprobó la sensibilidad, especificidad y valor predictivo positivo de cada ítem en relación a un grado de dependencia severo o total (IB<60, IB<20). Con los ítems con mayor valor predictivo negativo (VPN) y positivo (VPP) para dependencia severa/total se sumaron las puntuaciones y se comprobó su validez diagnóstica.

RESULTADOS

Fueron incluidos 1515 pacientes pluripatológicos. Un 31,4% presentó un IB<60 y un 16,6% un IB<20. El 45,6% fueron mujeres. Las mujeres fueron altamente dependientes (IB<60) en un porcentaje significativamente menor que los varones (61,1% vs. 74,9%, p=0,000). De los 10 ítems del IB, la dependencia completa para el baño (S 95,3%, VPN 96,97%, E 67,47%, VPP 56,8%), trasladarse de cama al sillón (TCS; S 40,67%, VPN 68,92%, E 100%, VPP 100%) y para usar el retrete (Retr; S 61,99%, VPN 77,34%, E 99,82%, VPP 99,62%) resultaron las dimensiones con mayor validez diagnóstica individual. Para dependencia severa (IB<60), la suma de TCS + Retr = 0 presentó una E y VPN del 100%, S 27,81% y VPN 75,34%). Para dependencia total (IB<20), la suma TCS + Retr = 0 presentó E y VPN de 97,82% y 96,28% respectivamente. Ambos resultados coincidieron entre las áreas Occidental y Oriental: Baño = 0 VPN 91,76% y 100% respectivamente; trasladarse VPP 100% y 97,83%, TCS + Retr VPP 95,93% y 100% respectivamente.

DISCUSIÓN

La valoración integral de un paciente pluripatológico precisa un importante tiempo de la consulta diaria. Optimizar el tiempo de consulta con herramientas más usables puede permitir al internista realizar otras tareas también esenciales como una completa evaluación clínica-funcional y sociofamiliar, comprobar la concordancia y la adherencia al tratamiento. Una escala reducida de tan sólo 2 ítems puede ser utilizada como screening y confirmación en pacientes presumiblemente dependientes de visu (p.e. si entra en la consulta con dificultad para la marcha o en silla de ruedas). La aplicabilidad se reduce al contexto de PPP evaluados en consultas o plantas hospitalarias.

CONCLUSIONES

Un índice de Barthel con dos ítems (dependencia completa para baño y trasladarse cama-sillón) puede ser utilizado como herramienta de detección de alta dependencia en pacientes pluripatológicos atendidos en el ámbito hospitalario.

EA-06 EFECTO DE LAS ESTATINAS, INHIBIDORES/BLOQUEANTES DEL EJE RENINA-ANGIOTENSINA Y BETABLOQUEANTES EN MORTALIDAD Y DETERIORO FUNCIONAL DE LOS PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS

J. Galindo Ocaña¹, B. Barón Franco², J. Murcia Zaragoza³, A. Fuertes Martín⁴, C. Ramos Cantos⁵, A. Fernández Moyano⁶, F. Formiga⁷, en representación de los investigadores del Proyecto PROFUND

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

²Servicio de Medicina Interna. Área Hospitalaria Juan Ramón Jiménez. Huelva

³Servicio de Medicina Interna. Hospital Vega Baja De Orihuela. Alicante (Alicante)

⁴Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Salamanca. H. Clínico. Salamanca (Salamanca)

⁵Servicio de Medicina Interna. Hospital de la Serranía. Ronda (Málaga)

⁶Servicio de Medicina Interna. Hospital San Juan De Dios De El Aljarafe. Sevilla

⁷Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitari de Bellvitge. Hospitalet de Llobregat (L') (Barcelona)

OBJETIVOS

Evaluar los efectos del tratamiento con inhibidores/bloqueantes del eje renina-angiotensina (IECA/ARA II), estatinas y/o betabloqueantes en la supervivencia y declive funcional en pacientes pluripatológicos (con indicación para dichos fármacos).

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio prospectivo multicéntrico, con un período de seguimiento de 12 meses (Proyecto PROFUND). Fueron incluidos los PPP que presentasen indicación para los fármacos referidos (ICC, coronariopatía, enf. renal crónica, FRCV, etc.). Fueron analizadas las variables clínicas, funcionales (índice de Barthel, IB), riesgo sociofamiliar (escala de Gijón) y prescripciones farmacológicas en el momento de inclusión y caída funcional al año (descenso del IB). Para identificar las variables asociadas independientemente a supervivencia más prolongada y declive funcional al año se utilizaron modelos



multivariantes de riesgo proporcional de Cox* y regresión logística, respectivamente. *covariables: edad ≥ 85 años, IB ≥ 60 , escala de Gijón, índice Charlson-Deyo, hemoglobina basal, creatininemia basal, y coronariopatía, arteriopatía y enf. renal crónica.

RESULTADOS

1260 PPP fueron incluidos, mortalidad-año 34,5%. Las estatinas fueron prescritas en menor grado en los mayores de 84 años (aOR 0,442; $p=0,000$) o con hepatopatía crónica (aOR 0,369; $p=0,001$). La prescripción de IECA/ARA II se asoció a menor mortalidad (aHR 0,782; $p=0,049$). La prescripción de estatinas (aHR 0,671; $p=0,001$), o sus combinaciones con betabloqueantes (aHR 0,645; $p=0,007$), IECA/ARA II (aHR 0,680; $p=0,002$), o IECA/ARA II más betabloqueantes (aHR 0,541; $p=0,000$) se asociaron a tiempos de supervivencia más prolongados. La prescripción de estatinas también se asoció a un menor declive funcional al año (aOR 0,476; $p=0,000$) sólo en los PPP con índice de Barthel ≥ 60 . Igualmente las combinaciones de estatinas, sobre todo estatinas + IECA/ARA II + betabloqueantes (aOR 0,563; $p=0,031$) se asociaron a menor declive al año que la ausencia de estatinas o tratamiento con estatinas solas.

DISCUSIÓN

El efecto de las estatinas en la supervivencia y caída funcional de los PPP de la cohorte PROFUND podría ser similar al encontrado en enfermedades cardiovasculares aisladas (ICC, sd. coronarios agudos). Los PPP IB < 60 no se beneficiaron de estatinas en cuanto a caída del IB. La no prescripción de estatinas en PPP podría suponer por tanto una inequidad por edad o comorbilidad si existe indicación y no coexiste una situación terminal.

CONCLUSIONES

Las estatinas se asociaron a menor mortalidad y menor declive funcional al año de seguimiento en pacientes pluripatológicos. La promoción de ensayos clínicos de fármacos para prevención cardiovascular podría estar justificada en pacientes pluripatológicos.

EA-07 DIMENSIÓN SOCIOFAMILIAR DE UNA MUESTRA MULTICÉNTRICA DE PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS NO NEOPLÁSICAS EN ESTADIO AVANZADO. PROYECTO PALIAR

M. Bernabeu Wittel¹, B. Escolano Fernández², G. Jarava Rol², C. Hernández Quiles¹, M. Oliver Pece³, B. Barón Franco⁴, L. Pérez Belmonte⁵

¹UCAMI. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla

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

³Servicio de Geriátrica. Hospital Virgen del Camino. Cádiz

⁴Servicio de Medicina Interna. Hospital General Juan Ramón Jiménez. Huelva

⁵Servicio de Medicina Interna. Hospital Comarcal de la Anarquía (Málaga)

OBJETIVOS

Conocer las características del entorno sociofamiliar de los pacientes con enfermedades crónicas no neoplásicas en estadio avanzados incluidos en el proyecto PALIAR

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio transversal multicéntrico de 41 hospitales españoles, con inclusión de pacientes identificados durante la hospitalización, seguimiento en consultas o domiciliario durante los meses de Febrero de 2009 a Septiembre de 2010. Se incluyeron pacientes con una ó más de las siguientes condiciones clínicas: Insuficiencia cardíaca con disnea basal grado \geq III de la NYHA; insuficiencia respiratoria crónica con disnea basal \geq III de la MRCb y/o satO₂ $<90\%$ y/o oxigenoterapia domiciliaria; insuficiencia renal crónica en estadio 4 ó 5 (Tasa de Filtrado Glomerular calculada $<30\text{mL/min}$, o creatininemias basales $\geq 3\text{mg/dL}$); hepatopatía crónica con puntuación en la escala Child-Pugh >7), enfermedad neurológica crónica con deterioro cognitivo (E. Pfeiffer con 7 ó más errores y/o MEC con ≥ 18 puntos) y/o deterioro funcional para las ABVD (Índice de Barthel <60 puntos). Se analizaron las características sociales (domicilio, presencia de cuidador, ayudas recibidas en programas de salud específicos, apoyo por la Ley de la Dependencia), y los factores asociados a la ausencia de cuidador y de ayudas.

RESULTADOS

Se incluyeron un total de 1847 pacientes procedentes de 46 hospitales. La edad media de los pacientes fue de $78,74 \pm 10$ años, 51% de ellos varones. El lugar de residencia más frecuente fue el domicilio particular en 1611(87,2%), seguido de instituciones sanitarias en 227(12,3%). El 86,95% de los pacientes tenían un cuidador principal aunque sólo lo requerían 1448(78,4%); de éstos, el 96% lo tenía. Respecto a las características del cuidador, el 84% eran mujeres, fundamentalmente hijos (35,4%) y cónyuges (23,3%). El 60% se dedicaba al cuidado del paciente a tiempo completo. Del total de cuidador@s 755(68%) necesitaba ayuda suplementaria; para ello, 400(53%) se apoyaban en familiares y 211(8%) en personal contratado. Sólo 150 pacientes (8,1%) estaban incluidos en programas de cuidados paliativos; 52(2,8%) recibía apoyo psicológico especializado, y 194 de ellos (10,5%) recibían apoyo espiritual. Un total de 211 familias (11,4%) estaban incluidos en programas de ayuda al cuidador, y 408(22,1%) recibían apoyo por la Ley de Dependencia. Los factores asociados a la ausencia de cuidador fueron una mayor edad (OR=1.033[1.01-1.56]; $p=0,004$), insuficiencia cardíaca (OR=1.61[1.06-2.45]; $p=0,026$), insuficiencia respiratoria (OR=1.9[1.17-3.08]; $p=0,01$), insuficiencia renal crónica (OR=1.7[1.01-2.8]; $p=0,047$), y mayor dependencia definida por un I. Barthel más bajo (OR=1.1[1.06-1.04]; $p<0,0001$). Aquéllos asociados tener apoyo por la Ley de la Dependencia fueron enfermedad cerebrovascular (OR=1.5[1.3-2]; $p=0,006$), deterioro cognitivo moderado-severo (OR=1.8[1.2-2.5]; $p=0,002$), poliartrosis (OR=1.5[1.1-2.1]; $p=0,01$), presentar disnea avanzada de la NYHA/MRC (OR=2.5[1.4-4.2]; $p=0,0001$), y mayor dependencia definida por I. Barthel más bajo (OR=1.013[1.001-1.02]; $p<0,0001$).

CONCLUSIONES

En esta muestra de pacientes con enfermedades médicas avanzadas el cuidado queda fundamentalmente a expensas de sus propios recursos, siendo administrado por hij@s y espos@s, fundamentalmente en el propio domicilio familiar, y con un escaso apoyo institucional y social a cuidador@s y pacientes.



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

L. Moreno Gaviño¹, J. Galindo Ocaña¹, P. Macías Mir², D. Camacho González², D. Nieto Martín¹, J. López Sáez¹

¹UCAMI. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla

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

³Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Puerto Real (Cádiz)

OBJETIVOS

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

MATERIAL Y MÉTODO

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

RESULTADOS

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

cuidador (OR=7.7 [3.3-18]; p<.0001), padecer EN (OR=9.7 [6.6-14]; p<.0001), la disnea III-IV (OR=1.6 [1.1-2.4]; p<.02), y la anorexia (OR=2.3 [1.6-3.5]; p<.0001). Aquéllos asociados a un ECOG 3-4 fueron un mayor número de condiciones cónicas de inclusión (OR=4.7 [1.4-16]; p=.01), y una mayor carga de comorbilidad en la escala de Charlson (OR=1.5 [1.1-2.1]; p=.011).

CONCLUSIONES

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

EA-10 CATEGORIZACIÓN CLÍNICA Y PRONÓSTICA DE PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS NO NEOPLÁSICAS EN ESTADIO AVANZADO. RESULTADOS PRELIMINARES DEL PROYECTO PALIAR

D. Mendoza Giraldo¹, A. Ruiz Cantero², J. García García³, M. Loring Caffarena⁴, L. de la Higuera Vela¹, M. Rincón Gómez¹

¹UCAMI. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla

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

³Servicio de Medicina Interna. Hospital Nuestra Señora de Valme. Sevilla

⁴Servicio de Medicina Interna. Hospital Comarcal de la Axarquía. Vélez-Málaga

OBJETIVOS

Conocer la prevalencia de situación terminal catalogada por el clínico a cargo, así como los factores asociados, de los pacientes con enfermedades crónicas no neoplásicas en estadio avanzado incluidos en el proyecto PALIAR.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio transversal multicéntrico de 41 hospitales españoles, con inclusión de pacientes identificados durante la hospitalización, consultas, ú hospitalización domiciliaria entre Febr2009-Sept2010. Se incluyeron pacientes con una ó más de las siguientes condiciones: Insuficiencia cardíaca con disnea basal ?III de la NYHA (ICC); insuficiencia respiratoria con disnea basal ?III MRC y/o satO₂<90% y/o O₂domiciliaria (IR); insuficiencia renal crónica estadio 4-5 de NKF (ERC); hepatopatía crónica escala Child-Pugh >7; y/o enfermedad neurológica con deterioro cognitivo/funcional establecidos (Pfeiffer>6 y/o MEC?18 y/o Barthel<60) (EN). Se analizó la prevalencia de pacientes en situaciones catalogadas como de terminalidad según los criterios de la National Hospice Foundation (NHO), y según el Palliative Prognostic Index (PPI) (>4 puntos; y un segundo punto de corte >6 puntos), su grado de concordancia para el mismo observador, así como los factores asociados a ser catalogado en estadio terminal por los criterios NHO.

RESULTADOS

De los 1847 pacientes incluidos 899 (49%) presentaba criterios de terminalidad de la



NHO. La mediana de la puntuación en la escala PPI fue 4.5 (rango intercuartil=4.5); El 50.3%/44.4% de los pacientes presentaron criterios de terminalidad para el punto de corte >4/>6 puntos, respectivamente. La concordancia entre los dos instrumentos para un mismo observador obtuvo un índice kappa=0.446 (0.40-0.48) para un punto de corte del PPI>4puntos y un valor de 0.385 (0.34-0.43) para un punto de corte del PPI >6puntos. Los factores asociados de forma independiente a la catalogación de terminalidad por NHO fueron la edad (OR=1.05 [1.02-1.06]; p<.0001), la hepatopatía como condición de inclusión (OR=3 [1.5-6.3]; p=.003), la diabetes (OR=1.4 [1.02-1.9]; p=.035), la presencia de delirium (OR=1.9 [1.2-2.9]; p=.004), astenia (OR=1.6 [1.03-2.5]; p=.037), anorexia (OR=1.8 [1.1-2.9]; p=.023), la disnea severa (OR=1.8 [1.2-2.7]; p=.002), y una pobre situación funcional por el I.Barthel (OR=1.04 [1.02-1.05]; p<.0001).

CONCLUSIONES

Aproximadamente la mitad de los pacientes con enfermedades médicas avanzadas incluidos en el proyecto PALIAR se catalogaron por su clínico en estadio terminal. Los dos instrumentos de catalogación analizados obtuvieron una concordancia intraobservador pobre.

EA-13 ESTUDIO DE COHORTES ANTES Y DESPUÉS DE LA IMPLANTACIÓN DE UN MODELO DE SOPORTE CLÍNICO INTEGRAL A PACIENTES CON FRACTURA DE CADERA. RESULTADOS PRELIMINARES

M. García Gutiérrez, J. Praena Segovia, F. Galindo Ocaña, M. Rincón Gómez, L. De la Higuera, L. Moreno Gavino, D. Mendoza Giraldo, M. Ollero Baturone
Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla

OBJETIVOS

Evaluar el impacto de un programa de soporte clínico integral y co-manejo internista-traumatólogo (CO-FRAC), de pacientes de edad >65 años, ingresados por una fractura de cadera (FXC) en un hospital de tercer nivel.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio retrospectivo de cohortes con inclusión de pacientes incorporados al programa (cohorte CO-FRAC, ingresados entre enero de 2008 y agosto 2010), y de pacientes del período previo a la iniciativa del programa de soporte (cohorte HISTORICA, ingresados entre enero de 2005 y agosto de 2006). El programa consistió en valoración universal, diaria, desde el ingreso hasta el alta, prevención de complicaciones médicas, conciliación-unificación terapéutica, manejo protocolizado de complicaciones-eventos, informe de alta conjunto, y seguimiento si procedía en Unidad de Día de M.I. tras alta. Análisis preliminar de las características demográficas, clínicas, anestésico-quirúrgicas, y evolutivas. Comparación de la incidencia de complicaciones, mortalidad intrahospitalaria y a los 30 días del alta entre ambas cohortes.

RESULTADOS

Se incluyeron un total de 200 pacientes (130 en cohorte HISTÓRICA y 70 en cohorte CO-FRAC), con edad media de 82.4 años (DS 7.97) años y un 73% de mujeres. La mediana

de comorbilidades asociadas fue de 3 patologías/paciente (rango intercuartilico 2-4), siendo la más frecuentes la HTA (59.5%) seguida de DM (32%) y demencia (16.5%). El 15.5% eran pacientes pluripatológicos. La media de fármacos por paciente fue 3.2 (DS 2.51), con polifarmacia presente en un 59.3%; un 24% tomaba benzodiazepinas, un 9% antidepresivos de distinta índole, y un 8% betabloqueantes. El tipo de FXC más frecuentes fue la pertrocantérea (en 48.2%). La mediana de hemoglobina al ingreso fue 12.7 g/l (rango intercuartilico 11.5-13.8). La incidencia de complicaciones fue de 2.15 (DS 1.26) en ambas cohortes (1.81 vs 2.42, p=0.011), siendo la más frecuente la hemorragia (74% en ambas. La estancia media fue similar (10.2 días en HISTÓRICA vs 10.3). La mortalidad hospitalaria/a los 30 días del alta fue del 5.5%/3.4% en la cohorte HISTORICA y del 1.4%/2% (p=0.1, y p=0.2) en la cohorte CO-FRAC.

DISCUSIÓN

En estos resultados preliminares, hemos observado una tendencia a la reducción de la mortalidad y las complicaciones asociadas a la FXC tras la implantación del programa CO-FRAC, todo ello sin haberse aumentado la estancia hospitalaria de este proceso.

CONCLUSIONES

Estos resultados preliminares apoyan las bondades, en términos de resultados en salud, de un programa de co-manejo internista-traumatólogo, de pacientes con FXC.

Gestión Clínica (G)

G-02 ALTERNATIVA A LA HOSPITALIZACIÓN CONVENCIONAL: UNIDAD DE ESTABILIZACIÓN CLÍNICA. RESULTADOS EN 5 AÑOS DE EXPERIENCIA

J. Praena Segovia¹, M. García Gutiérrez¹, D. Nieto Martín¹, C. Rivas Cobas¹, C. Palacios Gómez², M. Ollero Baturone¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla

OBJETIVOS

La Unidad de Estabilización Clínica (UEC) nace como una alternativa a la hospitalización convencional para pacientes con enfermedades crónicas, que ingresan por desestabilizaciones de sus patologías y que no precisan estudios complejos, con el objeto de mejorar la utilización de recursos y acortar la estancia hospitalaria sin que esto repercuta negativamente en el paciente. Su creación se hizo en respuesta a la prevalencia creciente de un grupo poblacional susceptible a múltiples ingresos: pacientes con enfermedades crónicas y ancianos. En Agosto de 2006 se crea la UEC constituida por la Unidad Clínica de Atención Médica Integral (UCAMI) y el Servicio de Cuidados y Críticos y Urgencias. Los criterios de ingreso son: 1. Ser remitido desde Urgencias vs Unidad de Día. (Programado). 2. Estabilización clínica de proceso agudo o crónica (ya estudiado). 3. No precisar estudios complejos. 4. y/o ALTA presumible en 72 horas.

MATERIAL Y MÉTODO

El objetivo de este estudio es evaluar los resultados en parámetros de gestión clínica



en los 5 años de funcionamiento de la UEC. Método: Estudio descriptivo de los ingresos realizados en UEC durante cinco años. Se ha utilizado la información almacenada en la base de datos de la UEC y la obtenida del Servicio de Documentación Clínica del Hospital. Análisis estadístico mediante SPSS.

RESULTADOS

En el periodo de estudio el número ingresos fue de 3.132 lo que representa un 0.84% de los ingresos totales de nuestro hospital en ese periodo de tiempo. El 48% fueron hombres frente a un 52% de mujeres. La edad media fue de 73,5 años. La estancia media observada fue de 4.95 días frente a una estancia media esperada de 9,95 días. El número de reingresos fue de 506 pacientes (16,15%), un 13,6% procedentes de urgencias y 2,07% programados. Los GRD más frecuentes fueron insuficiencia cardiaca y arritmia (127/544), infección bronquial en paciente con patología bronquial crónica y neumonía simple (541), angina (140).

CONCLUSIONES

-La UEC es una nueva alternativa a la hospitalización convencional para pacientes con enfermedades crónicas que no precisan estudios complejos y que requieren ingreso hospitalario para estabilización clínica así como para otro tipo de patologías cuyo ingreso se prevea inferior a 72 horas. -Reduce la estancia media esperada con el probable beneficio en la reducción de efectos adversos derivados de la hospitalización en este grupo de pacientes especialmente frágil y susceptible de complicaciones derivada de estancias prolongadas. La reducción de los efectos adversos asociados a ingresos hospitalarios debe ser evaluada en estudios futuros. -En todos los casos debe garantizarse la continuidad asistencial extrahospitalaria si la requiere para evitar reingresos y descompensaciones de la patología de base.

G-04 RETO Y COMPROMISO EN LAS ENFERMEDADES RARAS: EXPERIENCIAS DE ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO DE CASOS EN UNA UNIDAD DE MEDICINA INTERNA

M. Aranda Valle¹, R. Tirado Miranda², J. Ortegón Gallego³, M. Nevado Barbero⁴, J. Mejías Real¹, L. Montero Rivas¹, E. Benavente Sanz⁵

¹F.E.A. Medicina Interna, ²Jefe de Servicio Medicina Interna, ³Enfermero Gestor de Casos-Medicina Interna, ⁴Enfermera Gestora de Casos-Medicina Interna, ⁵Enfermera Unidad de Nutrición Clínica Medicina Interna. Hospital Infanta Margarita. Cabra (Córdoba)

OBJETIVOS

-Identificar los procesos de enfermedades raras que se dan en nuestra zona. -Coordinar el seguimiento y la atención específica de cada caso desde la Enfermería Gestora de Casos del hospital y la Unidad de Medicina Interna. -Dar respuesta a las demandas y necesidades del paciente-familia desde nuestro hospital. -Ofertar los recursos sanitarios disponibles en nuestro Hospital para los casos de E.R.

MATERIAL Y MÉTODO

Captación de casos por diversas vías de derivación: -En las Unidades de Medicina Interna, a través del Área de Consultas Externas (CC.EE.). -En el área de Urgencias. -En los Centros de Salud adscritos a nuestro Hospital, a través de la Enfermera Gestora de Casos. Desde el Hospital Regional de referencia ó centro similar. Se realiza la derivación y/o captación activa a Enfermería Gestora de Casos adscrita a la UGC de Medicina Interna. Se contacta telefónicamente con el paciente/familia, confirmando las necesidades y expectativas de los mismos del sistema sanitario. Posteriormente se conciertan las citas de valoración/visión y se determina el especialista de Medicina Interna implicado realizando: -entrevista reglada con la familia y confección de historia clínica. -solicitud de pruebas complementarias pertinentes adaptadas a cada situación del paciente. -Información a la familia de la actitud a seguir. -Citas periódicas en bandas horarias que permitan confortabilidad emocional al paciente y el mayor grado de protección a la intimidad.

RESULTADOS

Se han detectado los siguientes casos: - Esclerosis Lateral Amiotrófica (E.L.A.), 8 casos, Localidades: 4, en Lucena, 2 en Cabra, 2 en Priego. Síndrome de Edwards, 1 caso. Localidad: Almedinilla - Síndrome de Sotos, 1 caso. Localidad: Lucena - Ictiosis eritrodermia severa, 1 caso. Localidad, Lucena - Artrogriposis, 2 casos, Localidades: 1 en Lucena. 1 en Rute Síndrome de Treacher-Collins, 1 caso, Localidad: Rute- Síndrome de Rubinstein-Taybi, 1 caso, Localidad, Priego Total: 15 casos.

DISCUSIÓN

El colectivo de pacientes/familiares afectados por E.R. viene demandando desde el tejido asociativo que las acoge, una especial atención desde los servicios sanitarios públicos. Las limitaciones de los Hospitales Comarcales están bien definidas en sus carteras de servicio, pero ello no debe suponer un obstáculo para dar respuesta al seguimiento y evaluación periódica que requieren los pacientes en la medida de nuestras posibilidades. Las dificultades encontradas deben ser asumidas como desafíos para los profesionales y el propio sistema sanitario que no debe olvidar la existencia, cada vez más numerosa de los procesos denominados como Enfermedades Raras.

CONCLUSIONES

La coordinación en estos procesos de enfermedad no solo es posible sino que se hace necesaria. La calidad de vida de éstos pacientes se correlaciona directamente con la calidad asistencial ofertada. La colaboración interdisciplinar (enfermería gestora de casos hospitalarios-especialista en medicina interna) es fundamental en la aproximación y manejo de paciente con enfermedades raras. La actividad realizada nos permitió conseguir otros objetivos secundarios (satisfacción del cuidador y de los profesionales, evitar desplazamientos innecesarios al hospital de referencia).

Inflamación/ Enfermedades Autoinmunes (IF)

IF-02 RESPUESTA DEL EJE HIPOTALÁMICO-HIPOFISARIO ADRENAL EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO ANTE UNA TAREA DE HABLAR EN PÚBLICO

A. Santos Ruiz¹, M. García Ríos², N. Navarrete Navarrete³, J. Callejas⁴, J. Sabio³,



N. Ortego Centeno⁴, J. Jiménez Alonso³, M. Peralta Ramírez¹

¹Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psico, ²Departamento de Fisioterapia. Universidad de Granada. Granada

³Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada

⁴Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario San Cecilio. Granada

OBJETIVOS

Comprobar diferencias en la activación del eje hipotalámico-hipofisario adrenal (HHA) entre pacientes con lupus eritematoso sistémico (con y sin tratamiento con corticoides) y personas sanas.

MATERIAL Y MÉTODO

25 pacientes LES en tratamiento con corticoides (grupo LES-CC), 20 pacientes LES sin corticoides (grupo LES-SC) y 24 personas sanas (grupo control), participaron en el estudio. La respuesta del eje HHA se indujo a través de un estresor psicosocial consistente en una tarea de hablar en público adaptada a un entorno virtual. Como medida del eje HHA, se tomaron cuatro muestras de cortisol en saliva en cuatro momentos diferentes de la tarea estresora (pre-exposición; post-exposición; a los 10 y 20 minutos tras exposición).

RESULTADOS

Los resultados muestran un déficit en la respuesta del eje HHA de ambos grupos LES con respecto al grupo de personas sanas ante el estresor, siendo el grupo LES-SC el de menor reactividad al estrés.

DISCUSIÓN

Estos resultados avalan la hipótesis de Munk sobre la respuesta al estrés de los pacientes autoinmunes, mostrando un déficit en la activación del eje HHA tanto en pacientes con lupus con tratamiento con corticoides como sin corticoides. Este déficit en la activación de eje HHA podría tener serias consecuencias para estos pacientes ya que no se produciría la inmunosupresión adecuada manteniéndose por tanto la estimulación del sistema inmunológico.

CONCLUSIONES

Nuestros resultados apuntan hacia una desregulación del eje HHA ante el estrés en pacientes con lupus, por lo que un abordaje psicológico en estos pacientes se hace necesario, el cual se dirija a la mejora de su respuesta al estrés.

Riesgo Vascular (RV)

RV-05 ¿EXISTE VARIABILIDAD EN LAS DETERMINACIONES DE LA GLUCOHEMOGLOBINA HBA1C EN FUNCIÓN DE LOS VALORES DE HEMOGLOBINA?

E. Sánchez Relinque¹, J. Escribano Serrano², L. García Domínguez³, G. Salaya Algarín⁴

A. Michán Doña⁵

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Puerto Real. Puerto Real (Cádiz)

²UGC San Roque, ³UGC Poniente (Cádiz)

⁴UGC Laboratorio. Hospital del S.A.S. la Línea de la Concepción. Línea de la Concepción (La) (Cádiz)

⁵Servicio de Medicina Interna. Hospital de Especialidades de Jerez de la Frontera (Cádiz)

OBJETIVOS

Estudiar la variabilidad de la HbA1c en función de los niveles de Hemoglobina

MATERIAL Y MÉTODO

Recopilamos las determinaciones pareadas de Glucemia plasmática en ayunas (GPA) y de HbA1c realizadas durante seis meses (septiembre-09 a febrero-10), para resultados entre 60 y 400 mg/dl (alarmas del sistema). La población asistida es de 101.523 personas. Conforman el Área 6 UGC de Atención Primaria (AP) con 60 Médicos de Familia y 16 Pediatras y un Hospital Comarcal. Las extracciones fueron realizadas siguiendo la sistemática habitual de los controles de la Diabetes. Para los conceptos de anemia y policitemia se usaron los definidos por la OMS: Anemia Hb <12 mg en mujeres y <13 mg en hombres y Policitemia >15 mg en mujeres y >18 en hombres.

RESULTADOS

Se estudiaron 3.996 determinaciones (D) válidas con una edad media (disponible en el 90%) de 63,4 ± 14 años (Percentil 25/75: 55 a 74), correspondiendo a mujeres 2.147 (D/M) (55%). De ellas 2.966 D (76%) solicitadas desde AP (96% por médicos de familia) y 943 D (24%) se solicitaron desde Atención Hospitalaria (AH). Sólo 2.509 D (85%) de AP y 651 D (69%) de AH venían acompañadas de la petición de un hemograma. La HbA1c media fue de 6,89 ± 1,42% (IC95%: 6.85 a 6.94) con una HbA1c >7% en 1427 D (36%) y mayor del 8% en 608 D (15%). La Hb en D/M fue de 13,13 mg ± 1,33 (IC95%: 13,07 a 13,20) y para D/H de 14,64 ± 1,63 (IC95%: 14,56 a 14,72). La presencia de anemia fue de 313 (18%) en D/M (1,6% macrocíticas y 23% microcíticas, resto normocíticas) y de 205 (15%) en D/H (15% microcíticas, resto normocítica) mientras que para la policitemia fue de 17 D/M (1 %) y de 59 D/V (4.2%) todas ellas normocíticas. Si realizamos una estratificamos de los valores de HbA1c estables (HbA1c <10%) por sexo y la Hb categorizada en anemia/normal/policitemia, los niveles de HbA1c son más bajos en D/H con policitemia (6,27% P<0.05), cosa que no ocurre con las D/M. Posteriormente hemos estratificado estas D/M para mayores y menores de 50 años (asumiendo pre y postmenopáusicas): Para menores de 50 años las D/M con anemia microcítica tienen valores más altos que las normocíticas (6,2% vs 5,7% P<0.05). En las mayores de 50, las D/M con anemia microcítica tienen valores mas altos que los normocíticas y macrocíticas (7.1% vs 6.8% vs 5.6%. P<0.05).

CONCLUSIONES

Existe la evidencia suficiente para que las determinaciones de HbA1c se acompañen siempre de la determinación de un hemograma. Encontramos valores de HbA1c disminuidos en D/H con altos valores de Hb (dato mínimamente expresado en la literatura). Encontramos valores altos de HbA1c en D/M con anemia microcíticas en menores de 50 años (dato consecuente con la literatura pero solo en sanos) Dos



explicaciones a estos hallazgos es el sistema de la determinación que expresa la HbA1c como porcentaje de la Hb y por otro lado la concentración de la Hb en el glóbulo rojo.

RV-07 MANEJO CLÍNICO DEL DEPORTISTA HIPERTENSO

V. Gómez Carrillo¹, A. Espejo Gil¹, C. Salazar Troya¹, M. Chaves Peláez¹, M. Carrillo de Albornoz², J. Martínez González¹, P. Aranda Lara¹

¹Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Carlos Haya. Málaga

²Escuela de Medicina Deportiva. Complejo Hospitalario Virgen de la Victoria. Málaga

OBJETIVOS

El interés despertado por la cultura del deporte, los sucesos mediáticos derivados de la muerte súbita en el deportista y la preconización de una actividad física en la población obliga a valorar detalladamente a los sujetos con una actividad física importante. Se pretende extraer conclusiones clínicas básicas, derivadas del seguimiento de una cohorte para identificar pautas, diagnósticas y terapéuticas, en sujetos sometidos a condiciones de ejercicio competitivo.

MATERIAL Y MÉTODO

Se analiza una muestra de 41 pacientes hipertensos que compiten en alguna modalidad deportiva y que vienen siendo seguidos y tratados en nuestro servicio. 37 varones (90,24%), edad 33,5 ± 5,65; en 15 individuos (36,58%) se encontró causa de HTA secundaria, 7 eran HTA renovascular. Se realizó estudio exhaustivo incluyendo MAPA y ergometría deportiva con consumo de O₂.

RESULTADOS

A su ingreso en la cohorte, 32 (78,2%) recibían tratamiento farmacológico, con una media de 1,25±1,41 fármacos según grupo farmacológico, y el resto solo medidas higiénico-dietéticas, 14 (34,2%) recibían fármacos específicamente contraindicados o prohibidos para su especialidad deportiva. La TAS inicial fue de 142,5±21,21 mmHg, y la TAD 84,46±10,6 mmHg. En su última visita, los pacientes presentaban una TAS de 135,7±7,07 mmHg, y la TAD 84,75± 21,21 mmHg. Recibían tratamiento farmacológico 30 sujetos (73,2%), con una media de 1,07±0,7 fármacos según grupo farmacológico, y el resto solo medidas higiénico-dietéticas. En los 4 años de media de seguimiento ha existido una disminución estadísticamente significativa en la disminución de la TAS media de la muestra ($p < 0,01$) y en la disminución del número de fármacos por paciente ($p < 0,05$) 11 pacientes (26,8%), pudieron ser controlados con medidas higiénico-dietéticas, o añadiendo pequeñas cantidades de enalapril (en 3 pacientes se dio 5-10 mg de enalapril). 17 pacientes (41,46%) pudieron ser controlados con dosis medias o altas de ARA-II (160-320 mg de valsartan). 6 pacientes (14,61%) precisaron tratamiento combinado con calcio antagonistas o antag-a. En 6 casos (14,61%) se precisó el uso de diuréticos, pero solo en periodos no competitivos.

DISCUSIÓN

El ejercicio intenso produce una elevación transitoria de la TAS y una disminución mantenida de la TAD. En caso de mal control terapéutico o secundarismos puede

producirse una reacción hipertensiva ante ejercicio a expensas de TAS. El uso de fármacos como diuréticos y betabloqueantes se ha relacionado con eventos negativos relacionados con ejercicio intenso. Es por ello fundamenta orientar los objetivos hacia el control de la HTA sistólica y hacia el tratamiento farmacológico más simple y a expensas de fármacos no relacionados con eventos negativos como los inhibidores del eje renina-angiotensina.

CONCLUSIONES

La orientación hacia un tratamiento basado en medidas higiénico-dietéticas e inhibidores del eje renina-angiotensina, en el deportista de competición, puede llevar a una disminución de la TAS y al uso de un menor número de fármacos. El deportista de competición precisa menos medicación que la población general. Un tratamiento basado en medidas higiénico-dietéticas e inhibidores del eje RAA consigue controlar a la gran mayoría de los deportistas de competición.

RV-14 ANÁLISIS DESCRIPTIVO Y MANEJO AL ALTA DE UNA SERIE DE PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2 SOMETIDOS A REVASCULARIZACIÓN CORONARIA PERCUTÁNEA

S. Bermejo, G. Mariscal, E. Ortiz, C. Espejo, A. Camacho, J. Carrasco

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

OBJETIVOS

Conocer el perfil clínico de pacientes diabéticos tipo 2 sometidos a revascularización coronaria recurrente, con especial atención en el grado de evaluación del control metabólico y las recomendaciones al alta hospitalaria.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio transversal descriptivo de una serie de casos. Se estudiaron retrospectivamente una muestra de pacientes diabéticos tipo 2 sometidos de forma recurrente, al menos 2 procedimientos, por razones clínicas, a intervencionismo coronario percutáneo en nuestro centro desde Enero de 2006 a Diciembre de 2010. La intensificación de tratamiento antidiabético se definió como el inicio de antidiabéticos orales en monoterapia en caso de tratamiento dietético e intensificación terapéutica añadiendo una segundo o tercer fármaco y/o insulina al tratamiento basal. El buen control metabólico basal se definió por una hemoglobina glicosilada $< 7,5\%$. Se estudiaron tablas de frecuencia en las variables cualitativas y la media y la mediana en las cuantitativas.

RESULTADOS

Un total de 125 pacientes cumplían criterios de selección. Sin embargo, el estudio sólo se llevó a cabo con 71 pacientes porque en el resto faltaba información relevante. La edad media fue de 68,23 años ($\pm 9,17$) con un 29,6% de mujeres. Los datos más importantes del perfil clínico fueron: anemia (23,9%), FA crónica (14,1%), HTA (85,9%), insuficiencia cardiaca (22,5%), insuficiencia renal (22,5%), valvulopatías (19,7%). Respecto a los datos de laboratorio (mediana): glucosa 154 mg/dl (133-224), creatinina 0,97 mg/dl (0,81-1,23) colesterol 154 (132-178) mg/dl, LDL 84 (66-109) mg/dl, HDL 36 (28-44), Hb A1c 7,7 (6,87-9,3). Los pacientes fueron tratados en Medicina Interna (67,6%) y en



Cardiología (32,4%). Sólo 46 pacientes (64,8%) se les había solicitado Hb A1c durante la hospitalización índice para valorar la situación metabólica, de ellos 25 pacientes (54,4%) tenían valores superiores a 7,5%. Se solicitó microalbuminuria a 19 (26,8%), de ellos 11 (57,8%) tenían más de 20 mg/dl. Sólo se realizó intensificación de tratamiento antidiabético en 29 pacientes (40,8%). La actitud más frecuente en el alta hospitalaria fue no hacer ninguna indicación (13; 18,3%) o indicar tratamiento habitual (32; 45,1%), independiente de si se había realizado valoración del estado de la diabetes.

DISCUSIÓN

En una población diabética de alto riesgo el porcentaje de evaluación de la situación metabólica de la diabetes tipo 2 tras un síndrome coronario agudo es bastante escasa. Si bien, todos los pacientes tienen valoración y tratamiento del perfil lipídico esto no ocurre igual con la diabetes que se ha demostrado ser un importantísimo factor de riesgo en el desarrollo y progresión de la enfermedad coronaria. Parece que la sensibilización en la valoración y titulación terapéutica de los pacientes diabéticos tipo 2 tras el alta hospitalaria no es una práctica muy habitual.

CONCLUSIONES

Nuestro estudio muestra que en los pacientes diabéticos sometidos a revascularización percutánea recurrente, se realiza de forma insuficiente evaluación del grado de control metabólico de la diabetes y secundariamente mínima intervención terapéutica en el manejo de la diabetes mellitus tipo 2.

RV-16 DISTRIBUCIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN HIPERTENSOS MENORES DE 55 AÑOS INGRESADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DE RONDA

A. Ruz Zafra, M. Barón Ramos, C. Luque Amado, A. Muñoz Claros, I. Gallardo Romero, A. Pérez Rivera

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

OBJETIVOS

Describir el perfil de los pacientes hipertensos menores de 55 años ingresados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital de Ronda y analizar si existen diferencias con respecto a los pacientes hipertensos de mayor edad.

MATERIAL Y MÉTODO

Diseño: Estudio Observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo. Sujetos de estudio: se han incluido un total de 401 pacientes hipertensos ingresados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital de Ronda durante los meses de Enero a Octubre de 2010. Ámbito de estudio: Área de Gestión Serranía de Málaga. Mediciones e Intervenciones: se estudiaron los datos epidemiológicos habituales (edad, sexo) así como los factores de riesgo cardiovascular, los eventos cardiovasculares y tratamientos recibidos. Se dividieron en dos grupos: menores o iguales a 55 años y mayores de 55 años y establecimos las posibles diferencias entre ambos para determinar el perfil. Análisis de los datos: se calcularon frecuencias y porcentajes de las diferentes

categorías en las variables cualitativas y media y desviación típica en las cuantitativas. Se utilizó la Chi cuadrado para el análisis de variables cualitativas y T Student para las cuantitativas. Se efectuó con el programa SPSS versión 15.0.

RESULTADOS

De los 401 pacientes que analizamos, 17 (4,2%) eran menores de 55 años y 384 (95,4%) mayores de 55 años. En los hipertensos menores de 55 años encontramos diferencias significativas en cuanto al género: 13 (76,4%) eran varones respecto a 189 (49,2%) en el grupo de mayor edad ($p=0.024$), menor presencia de Diabetes Mellitus (17,6% vs 43,2%, $p=0.029$), insuficiencia cardíaca congestiva (0% vs. 17,1%, $p=0.044$), insuficiencia Renal (0% vs. 16,9%, $p=0.046$) y mayor prevalencia de tabaquismo (64,7% vs 8%, $p=0,001$). No se han encontrado diferencias en cuanto a la presencia de dislipemia, ictus, cardiopatía isquémica, arteriopatía periférica ni en el grado de control de la HTA. Las cifras de TAS medias fueron 132 ± 29 mmHg en menores de 55 años y 136 ± 29 mmHg en mayores de 55, y las de TAD medias fueron 77 ± 15 mmHg y 69 ± 16 mmHg. Con respecto al tratamiento antihipertensivo utilizado en los pacientes de menos edad también encontramos significación estadística: hay un menor uso de diuréticos (17,6% vs. 60,4%, $p=0.001$) y de betabloqueantes (11,7% vs. 34,8%, $p=0.015$), sin diferencias en el uso de alfabloqueantes, antagonistas del calcio, IECA, ARA II y bloqueadores de la renina. El número de fármacos empleado en menores de 55 años fue de 1 ± 1 y 2.1 ± 1 en los ancianos ($p=0.001$).

DISCUSIÓN

Existen perfiles cardiovasculares diferentes según la edad de los pacientes, presentando unas características diferentes los pacientes hipertensos jóvenes con respecto a los mayores. Esto puede ayudar a individualizar el tratamiento antihipertensivo en cada caso.

CONCLUSIONES

El paciente hipertenso menor de 55 años ingresado en nuestro hospital es varón y fumador menor prevalencia de diabetes, insuficiencia cardíaca e insuficiencia renal que los mayores de 55. En la población joven se usan menos los diuréticos y los betabloqueantes. Probablemente sea atribuible a la escasa prevalencia en este grupo de insuficiencia cardíaca y cardiopatía isquémica.

Enfermedad Tromboembólica (T)

T-02 RESULTADOS PRELIMINARES DE ESTUDIO MULTICÉNTRICO EN ATENCIÓN PRIMARIA SOBRE PROFILAXIS DE ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA EN PACIENTES MÉDICOS

M. Calero Bernal¹, I. Martín Garrido¹, M. Martínez Rísquez¹, R. Terán Redondo¹,



B. Herrera Hueso¹, J. Santos², F. Medrano Ortega³, I. Marín León³

¹Servicio de Medicina Interna, ²CS San Pablo. Sevilla. CIBER de Fisiopatología y Nutrición, ³Servicio de Medicina Interna. CIBER de Epidemiología y Salud Pública. Complejo Hospitalario Regional Virgen del Rocío. Sevilla

OBJETIVOS

Se ha estimado que la incidencia de enfermedad tromboembólica venosa (ETV) en población general es de 1 por 1.000 habitantes/año, siendo difícil la estratificación del riesgo en pacientes médicos. La guía PRETEMED-2007 permite estratificar el riesgo en pacientes con patología médica. La información sobre la utilización de tromboprolaxis en atención primaria (AP) es muy escasa. El OBJETIVO del estudio fue evaluar en nuestro país el uso y adecuación de la profilaxis de ETV a PRETEMED-2007 en pacientes médicos de AP.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio transversal entre julio y diciembre de 2009 en 149 Centros de Salud (CS) seleccionados por representatividad del área sanitaria y experiencia en estudios clínicos. Los criterios de selección fueron: 5-10 pacientes consecutivos por CS atendidos ambulatoriamente que cumplieran los criterios de inclusión: (1) edad >18 años; (2) consentimiento informado escrito; (3) al menos un proceso precipitante de ETV según PRETEMED-2007. Se realizó una evaluación mediante encuesta estandarizada de factores de riesgo (FR) de ETV, riesgo ajustado de ETV (intermedio-alto > 0 = 4; bajo < 4) y tromboprolaxis.

RESULTADOS

Se incluyeron 1318 pacientes (45% hombres, edad media 65,5±17 años). El 92% tenían riesgo intermedio-alto. Los FR más frecuentes fueron: edad >60 años (69%), encamamiento >4 días (46%), obesidad-IMC >28 (39%), traumatismos menores-MMII (34%), infección grave (17%), insuficiencia cardiaca (15%), EPOC (13%), cáncer (10%). Se realizó profilaxis farmacológica en el 91% de los pacientes de riesgo intermedio-alto y el 63% de riesgo bajo. La adecuación de indicaciones a PRETEMED-07 fue del 89,4% (sobresuero 5,4%, infrauso 5,2%).

CONCLUSIONES

1. En España la adecuación de la profilaxis de ETV es globalmente adecuada entre los médicos de AP, en tanto que la representatividad de los centros seleccionados parece garantizada. 2. El perfil clínico de los pacientes médicos ambulatorios en riesgo es similar al observado en el medio hospitalario, salvo por el elevado porcentaje de traumatismos menores.

Varios (V)

V-04 ESTUDIO DESCRIPTIVO DE 15 MESES DE EXPERIENCIA EN INTERCONSULTAS DE SERVICIOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS A UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

M. López Sánchez, F. Jódar Morente, J. Trujillo Pérez, E. Gálvez Gálvez,

F. Báñez Sánchez, D. Carrillo Ortiz, F. Molina Molina

Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario de Jaén. Jaén

OBJETIVOS

Analizar las hojas de interconsulta realizadas al servicio de Medicina Interna procedentes de los Servicios Médico Quirúrgicos de nuestra área de influencia y detectar aquellas patologías que motivan consulta con mayor frecuencia.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo retrospectivo. El análisis se basa en los datos que figuran en las hojas de interconsulta enviadas por los diferentes servicios Médico-Quirúrgicos, en nuestro caso Obstetricia y Oftalmología. La información fue analizada mediante software de estadística SPSS versión 17. Las variables a revisar fueron: Servicio que realiza la interconsulta, carácter de la misma, tiempo que se tardó en contestar, diagnóstico final, motivo de consulta, si precisó seguimiento o paso a cargo de Medicina Interna, junto a datos demográficos de los pacientes.

RESULTADOS

Se recibieron 173 hojas de interconsulta en total, de las cuales 21 pertenecieron a servicios Médico quirúrgico. Los principales servicios médico quirúrgicos consultantes fueron: Oftalmología (61,9%) y Ginecología-Obstetricia (38,1%). Fueron contestadas en el día el 81%. El carácter de la interconsulta fue urgente en el 71,4%. La edad media de los pacientes fue 62 años y el sexo de los pacientes se correspondió con mujeres en el 81%. En el 57,1% de los casos el episodio no fue resuelto en acto único y el 4,8% pasaron a cargo de Medicina Interna. Dos casos precisaron ingreso en UCI y se produjo un exitus. Los motivos de consulta encontrados en orden de frecuencia fueron: insuficiencia respiratoria 19%, seguido de hipertensión arterial, alteraciones mentales, ajuste del tratamiento, infección respiratoria y otros, cada uno de ellos en la misma proporción (14,3%). Los diagnósticos encontrados en orden de frecuencia: otros (19%), hipertensión arterial y enfermedad tromboembólica (14,3%), DM y ACVA (9,5%), seguidos de neumonía, insuficiencia cardiaca, neoplasia, depresión o delirium e infección en el 4,8% cada uno de ellos.

DISCUSIÓN

Las hojas de interconsulta son muy frecuentes a nuestro servicio. Las hojas procedentes de los servicios Médico-Quirúrgicos suponen el 12,3%, teniendo en su mayoría un carácter urgente, se suelen contestar en el día, (independientemente del carácter urgente o no) y precisan de un seguimiento en más de la mitad de los casos. Esto supone un esfuerzo añadido inicial, no planificado, a la labor asistencial diaria, que debe de cuantificarse y registrarse, y que debe ser tenido en cuenta a la hora de distribuir recursos. Además, dadas sus características propias, la atención de pacientes de áreas Médico-Quirúrgicas con patologías médicas intercurrentes supone una subespecialización añadida necesaria para poder afrontar con garantías dicha demanda de colaboración.

CONCLUSIONES



-Dentro de los servicios médico quirúrgicos, Oftalmología es el que más solicita valoración de sus pacientes. El motivo de consulta más frecuente fue insuficiencia respiratoria. -Existe un elevado número de hojas de interconsulta urgentes, dicho factor es interesante de analizar en profundidad para así identificar las causas y poder adecuar una rápida resolución. -La evaluación de la asistencia conduce a mejorar la calidad de la actuación médica y la gestión de los servicios de salud. -Concluimos en la utilidad de este tipo de estudios puesto que nos permite conocer el volumen de interconsultas, a efectos de racionalizar los recursos humanos así como adecuar la planificación de la asistencia.

V-05 ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LAS INTERCONSULTAS REALIZADAS A UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

J. Martínez Colmenero, M. Almenara Escribano, G. Gutiérrez Lara, D. Carrillo Ortega, F. Molina Molina

Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario de Jaén. Jaén

OBJETIVOS

Estudiar las características de las interconsultas (IC) solicitadas al Servicio de Medicina Interna (MI) del Hospital Médico Quirúrgico de Jaén durante 2010.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo y retrospectivo de una muestra aleatoria de las IC realizadas durante 2010. Los datos se recogieron de dichas hojas de IC, hojas autocopiativas con datos de filiación del paciente, servicio y médico que la realiza así como quién responde, fecha de ambas intervenciones y carácter urgente o no de la misma, etc, datos que no siempre se aportan y no hay apartados explícitos para motivos de consulta, antecedentes personales, pruebas, diagnóstico, etc.

RESULTADOS

La muestra del estudio es de 173 IC realizadas durante 2010 desde 15 servicios diferentes. La media de edad de los pacientes fue de $72 \pm 14,09$ años, siendo el 57% mujeres y el 43% hombres. Los servicios más demandantes fueron Cirugía General (27,7%) y Neurología (17,9%). De S. Médicos fueron el 36%, de Médico-quirúrgicos el 12% y destaca el 51% de IC de S. Quirúrgicos. Hubo varios Servicios con menos del 1%, como Oncología, Hematología o Nefrología. El carácter urgente o no de las IC se reparte casi por igual, siendo urgentes el 51,7% de ellas. Se contestaron en el mismo día de la IC el 75,8% de las mismas, dilatándose la contestación más de 2 días en un 14,6%. Pasaron a cargo de M. Interna sólo el 7,3%, realizándose seguimiento de los pacientes en un 45,8% de las ocasiones. Se realizó paso a UCI en solamente en el 1,2% de los pacientes; se constató exitus en un 8%. Como motivos de consulta, destacan la Insuficiencia Respiratoria (22%) y la Insuficiencia Cardíaca, la instauración o ajuste de tratamiento, la alteración mental y la infección respiratoria, con aproximadamente el 10% cada una. Como diagnósticos emitidos por MI, el más frecuente es Insuficiencia Cardíaca (15,5%), seguido de la descompensación de enfermedad pulmonar obstructiva

crónica (11,8%) y neumonía (9,9%).

DISCUSIÓN

La labor asistencial, y por ende los recursos dedicados así como la labor docente, de un Servicio de MI se ve afectada en un modo importante por las solicitudes de IC de otros servicios, siendo un apartado poco estudiado y de provechosa caracterización. En nuestro estudio, destaca la avanzada edad de los pacientes por los que se consulta lo que unido a las comorbilidades que presentan los convierte en pacientes de complejo manejo per se. Junto a ello, el carácter urgente de las IC en un porcentaje importante (50%) nos habla de la necesidad de dar una respuesta ágil y efectiva. La procedencia de nuestras IC nos hace fijarnos en el alto porcentaje de apoyo que se solicita desde Neurología, y sobretudo la alta frecuencia de pacientes perquirúrgicos, siendo C. General el servicio que mas IC realiza a M. Interna. Entre la patología por la que se consulta, se constata la importancia de la patología respiratoria, sobretudo insuficiencia respiratoria, así como la cardiovascular (insuficiencia cardíaca, hipertensión arterial), y la patología infecciosa de origen respiratorio. Además, un elevado porcentaje de las IC son para instauración o ajuste de tratamiento. A destacar la similitud de porcentajes de los diagnósticos emitidos respecto a los motivos de consulta, con una infraestimación de la Insuficiencia Cardíaca y la patología infecciosa en los motivos de consulta.

CONCLUSIONES

Las interconsultas a Medicina Interna mediatizan la labor asistencial de dicho servicio por su frecuencia y complejidad de los pacientes, siendo un aspecto a estudiar en profundidad y de forma concreta en cada Hospital para dar una respuesta ágil y adecuada a las mismas. Destacan las IC por pacientes perquirúrgicos, el alto porcentaje de consultas urgentes y la importancia de la patología cardíaca, respiratoria e infecciosa. Son datos que apoyan la necesidad de la creación de Unidades de Atención Perioperatoria dentro de M. Interna, así como de Unidades De Insuficiencia Cardíaca por varios Servicios.

V-07 NEOPLASIAS DIAGNOSTICADAS EN UNA UNIDAD DE MEDICINA INTERNA

S. López Cárdenas, P. Villanueva Rodríguez, V. González Doce, S. Hueso Monge, S. Alcaraz García, P. Gallego Puerto

Servicio de Medicina Interna. Hospital General de Jerez de la Frontera. Jerez de la Frontera (Cádiz)

OBJETIVOS

Analizar los datos clínico-epidemiológicos y estadio al diagnóstico de los nuevos casos de neoplasias diagnosticadas en un Servicio de Medicina Interna a lo largo de un año.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realiza un estudio descriptivo prospectivo de los nuevos casos de neoplasias diagnosticadas entre el 25 de marzo de 2010 al 25 de marzo de 2011 en base al análisis de historias clínicas, mediante el paquete estadístico SPSS 19.0 para Windows.

RESULTADOS

Se diagnosticaron un total de 41 neoplasias, con una edad media de 65 años (rango



26-87), siendo 22 hombres y 19 mujeres. La incidencia de tabaquismo fue del 44%, y de alcoholismo un 12%. Presentaron comorbilidad 20 casos, siendo las patologías más frecuentes diabetes mellitus (8 casos), cardiopatía (7 casos) y EPOC (2 casos). Los principales tipos de neoplasias diagnosticadas fueron linfoma (11 casos), cáncer de pulmón (10 casos), mieloma múltiple (4 casos) y cáncer de colon (4 casos). Otros tipos menos incidentes fueron leucemia y cáncer de mama (2 casos cada uno), y adenocarcinoma de páncreas, hipernefroma, cáncer de vía biliar, cáncer gástrico, tumor desmoide, cáncer de partes blandas, cáncer de ovario y testicular (1 caso cada uno). El tumor más frecuente entre los fumadores fue el cáncer de pulmón (44%), mientras que en los no fumadores fue el linfoma (33%). Atendiendo al sexo, en hombres predominan el cáncer de pulmón y el linfoma (36% cada uno), y en mujeres mieloma múltiple (21%) seguido de linfoma (16%). Por rango de edad, en menores de 45 años la neoplasia más frecuente fue el linfoma (50%), entre 45 y 65 años fueron el mieloma múltiple, el linfoma y el cáncer de pulmón (18% cada uno), y en mayores de 65 años, el cáncer de pulmón (33%) y linfoma (25%). El estadiaje al diagnóstico fue el siguiente: estadio I (2,5%), estadio II (6%), estadio III (30%), estadio IV (52,5%). Los principales síntomas que motivaron el estudio que llevó al diagnóstico fueron síndrome constitucional (61%), dolor localizado (41%), adenopatías (20%), anemia sintomática (17%), síndrome paraneoplásico (17%) manifestado como enfermedad tromboembólica venosa (7%), hipercalcemia sintomática (5%), SIADH (2,5%) y diabetes insípida (2,5%).

DISCUSIÓN

Los diagnósticos de neoplasias en nuestra Unidad se realizan fundamentalmente en base a enfermedades paucisintomáticas, lo que implica un estadio inicial avanzado. Tal hecho parece deberse a que aquellas neoplasias diagnosticadas bien mediante screening poblacional, bien incidentalmente, y que se encuentran en estadios iniciales precoces reciben una atención más dirigida según la especialidad correspondiente. Dichas neoplasias, como cáncer de mama, cáncer de cérvix, y con cada vez mayor frecuencia cáncer de colon se confirman como poco incidentes en nuestro Servicio. El tabaquismo y la edad se mantienen como principales factores de riesgo, no encontrando diferencias entre sexos.

CONCLUSIONES

Las neoplasias diagnosticadas en Medicina Interna presentan un estadio inicial avanzado. No existe screening poblacional para las neoplasias más incidentes en nuestro Servicio. El tabaquismo y la edad son los principales factores de riesgo.

V-14 GRADO DE DESNUTRICIÓN EN LOS PACIENTES INGRESADOS EN UNA SALA DE MEDICINA INTERNA

M. García Morales, M. Moreno Higuera, F. Anguita Santos, R. Gálvez López, I. Saucedo Villanueva, M. Fernández Roldán, P. Giner Escobar, S. Moya Roldán
Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario San Cecilio. Granada

OBJETIVOS

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

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo transversal. Se incluyeron los pacientes ingresados de forma sistemática, en las primeras 24 horas de estancia hospitalaria, durante el mes de febrero de 2011. Se recogieron como variables la edad, el sexo y el grado de desnutrición medido mediante el sistema CONUT (CONTROL NUTricional). Se trata de una escala aceptada para determinar de forma automática la situación nutricional de los pacientes considerando los datos de laboratorio: albúmina, colesterol y linfocitos totales. El nivel de desnutrición se clasifica como normal (0-1), leve (2-4), moderado (5-8) y grave (9-12). Este sistema se basa en una aplicación informática que recopila a diario, a través de la red interna, aquellos datos de los pacientes ingresados que se consideran útiles para evaluar su estado nutricional y que están disponibles en bases de datos del hospital. El estudio descriptivo de los datos se realizó mostrando las frecuencias relativas de las variables mediante porcentajes, utilizando el paquete estadístico SPSS 15.0.

RESULTADOS

Se incluyeron 80 pacientes con una edad media de 79,3 años (30-96 años) de los cuales 45 (56,25%) eran mujeres. El 81,25% de los pacientes presentaba algún grado de desnutrición siendo éste leve en un 31,25%, moderado en un 37,5% y grave en un 12,5%. Existía desnutrición en el 82,1% de las mujeres (moderada-grave 53,33%) y en el 80,55% de los varones (moderada-grave 47,22%).

DISCUSIÓN

La desnutrición afecta al 30-50% de los pacientes hospitalizados de todas las edades, tanto por causas quirúrgicas como médicas, aumentando a medida que se prolonga la estancia hospitalaria. El CONUT es un método de cribaje que se aplica de manera universal a todos los pacientes ingresados en el hospital, identifica de forma precoz a los pacientes desnutridos y permite una intervención nutricional adecuada con el objeto de disminuir la morbilidad, incidencia de reingresos y mortalidad de los pacientes. Los porcentajes de desnutrición global, moderada y grave en nuestros pacientes son mayores de lo reflejado en la literatura.

CONCLUSIONES

La mayoría de nuestros pacientes presentan desnutrición, siendo en un porcentaje importante moderada-grave. El sistema de control nutricional CONUT es una herramienta para la detección e intervención precoces y el control continuo de la desnutrición hospitalaria.

V-32 LA MEDICINA INTERNA PERIOPERATORIA EN EL HOSPITAL TORRECÁRDENAS DE ALMERÍA

B. Cervantes Bonet, A. Barnosi Marín, M. Esteban Moreno, M. Martínez Cortés, N. Marín Gámez, F. Díez García
Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Torrecárdenas. Almería



OBJETIVOS

El envejecimiento progresivo de la población derivado de una mejor calidad de vida conlleva que cada vez se intervenga quirúrgicamente a pacientes de mayor edad y con más patologías. Además, el avance en las técnicas y procedimientos quirúrgicos permite realizar cirugías a enfermos de mayor complejidad. La tendencia cada vez mayor a intervenir a pacientes pluripatológicos nos ha llevado a la implantación en nuestro hospital de un Programa de Medicina Interna Perioperatoria (MIP) en el que internistas con dedicación plena a ésta actividad realizan el seguimiento de enfermos quirúrgicos. El abordaje multidisciplinar mejora la calidad asistencial que reciben los pacientes y ayuda a disminuir la estancia media y la morbilidad. El objetivo de nuestro trabajo es describir la actividad realizada por dos internistas en los servicios quirúrgicos (fundamentalmente en Cirugía Vascul y Neurocirugía, aunque también son atendidas otras especialidades quirúrgicas) desde el año 2006 al 2010, y su posible repercusión en términos de mortalidad y estancia media.

RESULTADOS

Nuestra actividad consiste en realizar una valoración pre y postoperatoria de los pacientes, identificar a aquellos que presentan un riesgo aumentado de morbilidad perioperatoria, prevenir y tratar las complicaciones y programar el alta al nivel asistencial más adecuado de acuerdo con un equipo multidisciplinar formado por internistas, cirujanos, rehabilitadores, enfermeros y trabajadores sociales, asegurando la continuidad asistencial ambulatoria. Las tablas 1 y 2 muestran el número de pacientes que ingresan en C. Vascul y Neurocirugía, el porcentaje de pacientes que es valorado por MIP, la estancia media y la mortalidad global desde el año 2006 al 2010 y permite comparar estos resultados con los obtenidos en el año 2002, año en el que aún no estaba implantado este programa.

CONCLUSIONES

En nuestro hospital se ha desarrollado y consolidado un programa de MIP de atención a pacientes quirúrgicos de elevada complejidad que ha permitido mejorar la calidad asistencial de los pacientes y puede haber contribuido a disminuir la estancia media y la mortalidad.

| | | | | | | | |
|----------------|-------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| Valorados MIP | | 155 (32,6%) | 184 (37,9%) | 208 (38,5%) | 163 (33,5%) | 170 (36,8%) | 153 (31,5%) |
| Estancia Media | 11,22 | 9,77 | 10,3 | 9,67 | 10,38 | 9,61 | 9,88 |
| Mortalidad | 3,57% | 3,34% | 2,47% | 3,7% | 4,7% | 3,89% | 3,9% |

Neurocirugía (V-32)

| AÑO | 2002 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 |
|-------------------|-------|--------------|----------------|----------------|----------------|--------------|----------------|
| Nº Ingresos | 792 | 886 | 964 | 938 | 897 | 1000 | 945 |
| Valorados por MIP | | 33 (3,7%) | 118 (12,2%) | 134 (14,3%) | 205 (22,8%) | 280 (28%) | 210 (22,2%) |
| Estancia Media | 12,32 | 10,08 | 10,73 | 10,53 | 11,87 | 10,88 | 10,58 |
| Mortalidad | 2,5% | 2,25% | 2,38% | 2,23% | 1,22% | 2,2% | 0,84% |

Cirugía Vascul (V-32)

| AÑO | 2002 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 |
|-------------|------|------|------|------|------|------|------|
| Nº Ingresos | 615 | 479 | 485 | 540 | 487 | 462 | 485 |



PÓSTERS

Enfermedades Infecciosas (A)

A-02 COLONIZACIÓN POR PNEUMOCYSTIS EN UNA UNIDAD DE ENDOSCOPIA RESPIRATORIA

M. Martínez Rísquez¹, R. Terán Redondo¹, M. Calero Bernal¹, B. Herreo Hueso¹, B. Romero Romero², R. Morilla de la Osa³, J. Martín Juan², F. Medrano³

¹Servicio de Medicina Interna, ²Unidad de Endoscopia Respiratoria. Complejo Hospitalario Virgen del Rocío. Sevilla

³CIBER Epidemiología y Salud Pública. Complejo Hospitalario Regional Virgen del Rocío. Sevilla

OBJETIVOS

Se ha descrito una elevada prevalencia de colonización por *Pneumocystis* (Pc) en pacientes con diferentes enfermedades respiratorias agudas y crónicas. La infección parece adquirirse por vía aérea tanto durante la infancia como en la edad adulta, habiéndose planteado recientemente su posible transmisión nosocomial. El OBJETIVO del presente estudio fue evaluar la posible presencia de Pc en una unidad de endoscopia respiratoria (ER), potencialmente de alto riesgo para la transmisión nosocomial de dicho agente.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio prospectivo longitudinal (febrero a abril de 2010) en la unidad de ER de un hospital de tercer nivel, incluyendo el análisis secuencial del personal administrativo y sanitario y de muestras de aire ambiente en tres dependencias de dicha unidad. Evaluación retrospectiva de posibles casos índices: pacientes con infección o neumonía por Pc (PcP) sometidos a ER en los días de realización del estudio. Se realizó una encuesta clínico-epidemiológica y se obtuvieron muestras de lavado orofaríngeo (LOF) y aire ambiente de 24 horas mediante una trampa de esporas (CIP 10, ARELCO, Fontanay-Sous-Bòis, Francia). El diagnóstico de colonización se realizó identificando fragmentos de la región mtLSUrRNA de Pc usando nested-PCR (cebadores pAZ102-E/-H y pAZ102-X/-Y). La caracterización genotípica se realizó en dos regiones: (i) locus mtLSUrRNA mediante secuenciación directa, cuatro posibles genotipos 1, 2, 3 y 4); (ii) región DHPS mediante RFLP, capaz de detectar variantes con mutaciones asociadas a resistencia a sulfamidas, 2 posibles genotipos: silvestre (w) y mutado o resistente (r).

RESULTADOS

A lo largo del seguimiento resultaron positivas 14/24 muestras de LOF del personal y 5/14 muestras de aire ambiente. Los resultados secuenciales se resumen en la tabla. Como casos índices se identificaron dos probables en la semana 4 (dos pacientes VIH+ con PcP) y dos posibles en la semana 4 (síndrome neumo-renal) y la semana 8 (neumonitis intersticial aguda).

CONCLUSIONES

1. Se ha demostrado por primera vez una elevada tasa de colonización por *Pneumocystis* en el personal de una unidad de ER y la presencia de ADN del patógeno en aire ambiente de dicha Unidad. 2. Estos hallazgos junto a la concordancia de genotipos entre profesionales y aire ambiente, y la existencia de posibles casos índices apoyan la hipótesis de una transmisión nosocomial de Pc, incluyendo la de cepas con resistencia a sulfamidas. (Financiación: ERA-NET *Pneumocystis*-PathoGenoMics y FIS-europeo 03/1743)

A-03 ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LOS PACIENTES TRATADOS EN UNA CONSULTA DE INFECCIONES DE PRÓTESIS OSTEOARTICULARES EN UN CORTE TRANSVERSAL

M. Bocanegra Muñoz¹, S. López Cárdenas¹, D. Marín Dueñas², A. Ruiz Arias²

¹U.G.C. Medicina Interna, ²U.G.C. Enfermedades Infecciosas. Hospital General de Jerez de la Frontera. Jerez de la Frontera (Cádiz)

OBJETIVOS

Analizar los datos clínico-epidemiológicos de los casos de infecciones de prótesis osteoarticulares acontecidos en los últimos 5 años en una sección de Enfermedades Infecciosas, así como evaluar el seguimiento de estos casos.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realiza un estudio retrospectivo de todos los casos atendidos en un corte transversal en el tiempo (marzo de 2011) de infecciones de material protésico osteoarticular. Para la realización de dicho estudio se ha utilizado el paquete estadístico SPSS 19.0 para Windows.

RESULTADOS

Del total de 20 casos analizados, la media de edad fue 69,15 años (rango 45-88), con una relación de sexos 1:1. Analizando los pacientes en función de su edad, observamos que la localización más frecuente en menores de 65 años fue la rodilla (80%). Por otro lado, el tipo de cirugía más empleado en este rango de edad es el recambio articular (60 %). En los mayores de 65 años la localización es igual entre rodilla y cadera. La cirugía más frecuente en este rango de edad fue, el desbridamiento quirúrgico (33,3%), el recambio articular (26,7%), la artrodesis y la no realización de cirugía (20%). El tipo de infección más implicado fue la tipo III (75%). Globalmente los gérmenes fueron *S. aureus* 40 %, *S. epidermidis* (33,3%). Si los diferenciamos en función de las distintas localizaciones vemos que los implicados más frecuentes en la rodilla fueron *S. aureus* (36,4%) y *S. epidermidis* (27,3%). Destacamos que los cultivos fueron negativos en un 18,1 % de los casos, mientras que el cultivo no se realizó en 9,1%. Respecto a la cadera, en un 37,5 % el cultivo resultó negativo detectándose *S. aureus* en un 25%. El 50% de los pacientes recibieron antibioterapia de forma empírica (oral o intravenosa). En el 40% de los pacientes usamos como antibioterapia adyuvante rifampicina. En 3 pacientes se utilizó Linezolid como tratamiento de elección, 2 al inicio del tratamiento y uno después de la 2ª cirugía. Solo en 4 casos aparecieron efectos secundarios, tres en



relación con la rifampicina (dos intolerancias y una trombopenia) y uno en relación con Linezolid (“lengua negra”). El seguimiento medio de los pacientes incluidos en el estudio fue de 17 meses, con un rango entre 1 y 56 meses. En aquellos pacientes a los que se le había realizado un seguimiento a los 6 meses un 71,4 % habían tenido una respuesta adecuada un 14,3% se consideraban curados y solo el 14,3 % no habían respondido al tratamiento. A los 12 meses de seguimiento, se encontraban en seguimiento 8 pacientes, de los que un 37,5 % habían respondido al tratamiento; otro 37,5% los consideramos curad mientras que en dos fueron fracaso terapéutico.

DISCUSIÓN

Con este análisis apreciamos que la etiología de nuestras infecciones es similar a la de la literatura escrita sobre el tema, si bien quizás nuestros índices de cultivo negativos sean superiores a la media descrita. Destacamos como a pesar de la ausencia de cultivos positivos en un 55,6 %, el índice de respuestas y curaciones a los 6 meses ronda el 85 % y a los 12 meses un 75 %. Es más a 12 meses sólo registramos un fracaso al tratamiento.

CONCLUSIONES

En más de la mitad de los casos, tanto de forma empírica como dirigida, usamos antibioterapia oral. Se debe a que la mayoría de nuestros pacientes son derivados desde las consultas de Traumatología. El uso de la antibioterapia tanto dirigida como empírica se basa en las indicaciones de la Sociedad Andaluza de Enfermedades Infecciosas para el tratamiento de las infecciones de prótesis articulares, de ahí que sean tanto las quinolonas como la cloxacilina y la vancomicina los agentes más usados. Finalmente destacamos el poco valor de los efectos secundarios recogidos en nuestra muestra.

A-04 TUBERCULOSIS DE PRESENTACIÓN ATÍPICA. EXPERIENCIA DE UN HOSPITAL COMARCAL

R. Tirado Miranda, I. Mejías Real, L. Montero Rivas, C. Zafra Jiménez, M. Pinillos Villatoro, E. Guisado Espartero, M. Navarro Hidalgo, C. Aranda Valle
Servicio de Medicina Interna. Hospital Comarcal Infanta Margarita. Córdoba

OBJETIVOS

La tuberculosis es una de las enfermedades contagiosas causantes de mayor morbilidad y mortalidad. Su incidencia y prevalencia han disminuido en el mundo desarrollado, sin embargo en nuestro país asistimos a un resurgir de la misma fundamentalmente paralelo al fenómeno de la inmigración y a la epidemia de la infección por el VIH. En la mayoría de los pacientes la infección se localiza en el pulmón y su diagnóstico suele presentar una menor complejidad. Nuestro objetivo era describir los pacientes diagnosticados de tuberculosis con presentación atípica en los últimos años en nuestro hospital.

MATERIAL Y MÉTODO

Revisión de las historias clínicas de los pacientes ingresados en el servicio de medicina interna y diagnosticados de tuberculosis en localizaciones poco prevalentes, realizando un estudio descriptivo de sus características epidemiológicas, clínicas, diagnósticas y terapéuticas.

RESULTADOS

Se identificaron cuatro pacientes, tres mujeres y un varón, con tuberculosis afectando a un órgano distinto del pulmón. Todos eran independientes para las actividades básicas de la vida diaria y el proceso se diagnóstico en edad superior a los 70 años. Ninguno presentó una co-infección por el VIH. La clínica fue secundaria a la disfunción del órgano afecto (hueso, articulación, intestino delgado y molestias ORL) y generalmente existió un retraso diagnóstico. El diagnóstico se realizó mediante la demostración del bacilo en material biológico, bien mediante cultivo o mediante técnica de detección por PCR. La evolución tras instauración del tratamiento antibiótico fue favorable aunque tórpida en algunos pacientes.

DISCUSIÓN

La tuberculosis extrapulmonar suele presentar síntomas inespecíficos y/o derivados del órgano afecto. El diagnóstico diferencial suele ser amplio y la tuberculosis se encuentra entre las posibilidades diagnósticas más infrecuentes, lo que requiere un alto índice de sospecha. La no existencia de co-infección por VIH y la dificultad de obtener datos positivos en la anamnesis por la estigmatización que aún pesa sobre esta patología, dificulta aún más aún el diagnóstico. Este retraso diagnóstico provoca en muchos casos un aumento de la morbimortalidad de estos pacientes.

CONCLUSIONES

La tuberculosis extrapulmonar es una entidad infrecuente en nuestro medio que requiere de un alto índice de sospecha para su diagnóstico. Afecta a personas mayores y no se asocia a la co-infección por el VIH. El retraso diagnóstico y la demora en la instauración del tratamiento provocó en algunos pacientes una evolución tórpida aunque esta fue favorable en todos los casos analizados.

A-05 VIH DE PRESENTACIÓN ATÍPICA: EXPERIENCIA DE UN HOSPITAL COMARCAL

I. Mejías Real, R. Tirado Miranda, L. Montero Rivas, C. Aranda Valle, E. Guisado Espartero, D. Navarro Hidalgo, D. Pinillos Villatoro, G. Biosca Echenique
Servicio de Medicina Interna. Hospital Infanta Margarita. Cabra (Córdoba)

OBJETIVOS

Las manifestaciones clínicas de la infección por el VIH se extienden desde un síndrome agudo que se presenta en asociación con la infección primaria pasando por un estado asintomático prolongado hasta la fase de enfermedad avanzada. La infección aguda es sintomática en un 50-90% de los infectados y generalmente es similar a una mononucleosis infecciosa. La presentación más común es un cuadro de linfadenopatía generalizada y cuando debuta en fases avanzadas, lo hace en forma de infecciones oportunista o tumores. El objetivo de nuestro estudio fue analizar los casos de diagnóstico final de infección por VIH en pacientes ingresados con otra sospecha diagnóstica.



MATERIAL Y MÉTODO

Estudio retrospectivo y descriptivo en el servicio de Medicina Interna del Hospital Infanta Margarita de Cabra (Córdoba) durante el año 2010, mediante revisión de las historias clínicas de los pacientes ingresados por otra patología y que finalmente fueron diagnosticados de infección activa por VIH como etiología primaria o facilitadora del proceso índice.

RESULTADOS

Se recogieron dos casos: dos varones jóvenes de 34 y 40 años sin antecedentes personales de interés. Caso 1: Varón de 34 años que ingresa para estudio de panuveitis y lesiones ecematosas en palmas y plantas que había sido diagnosticado previamente de dermatitis de contacto. Se diagnostica por hallazgos de exploración oftalmológica y serología (RPR p/4906; TPHA positiva) de Sífilis oftálmica y Queratodermia luética y en el estudio completo, tras realización de exploraciones complementarias, de infección por VIH (serología VIH positiva con Western Blot (WB) confirmatorio positivo) Caso 2: Varón de 40 años que ingresa por cuadro clínico y bioquímico de pancreatitis aguda. Se realizan estudios radiológicos objetivándose en ecografía abdominal la ausencia de litiasis biliar y una mínima cantidad de líquido libre en saco de Douglas con páncreas invalorable. En TAC abdomino-pélvico se objetivan signos evidentes de pancreatitis aguda con colección peripancreática que rodea la glándula extendiéndose por saco menor, espacio pararenal anterior izquierdo y mesocolon transversal. Los estudios serológicos de virus hepatitis, VEB, CMV, Toxoplasma y Coxiella resultaron negativos. La serología de VIH fue positiva (ELISA y WB confirmatorio positivos) Los dos pacientes evolucionaron favorablemente con tratamiento del proceso que motivó el ingreso.

DISCUSIÓN

De todos los casos de sífilis comunicados en la literatura en el 25% de ellos coexiste infección por VIH pero es en un menor porcentaje de casos (13% de los pacientes con sífilis y VIH) en los que la manifestación de la sífilis es oftálmica con síntomas precoces como visión borrosa y pérdida de agudeza visual. En la era pretratamiento antirretroviral la asociación de pancreatitis aguda en pacientes VIH era en torno al 4.7% de los pacientes. En la actualidad la frecuencia es considerablemente menor y en un número muy reducido de pacientes se produce previamente al diagnóstico de la infección por VIH.

CONCLUSIONES

El diagnóstico definitivo de la infección por el VIH sólo puede establecerse por métodos de laboratorio, ya que en ningún caso las manifestaciones clínicas son lo suficientemente específicas. Es por esto que hemos de sospecharlo precozmente en consultas o ingresos por otras patologías. La lues oftálmica asociada a VIH así como la pancreatitis aguda como primera manifestación de la infección por VIH son procesos muy infrecuentes. Es necesaria una alta sospecha diagnóstica de esta enfermedad especialmente en hospitales comarcales donde la frecuencia de manejo de pacientes VIH es menor.

A-06 PERFIL DE RIESGO DE LAS NEUTROPENIAS FEBRILES SECUNDARIAS A TRATAMIENTO QUIMIOTERÁPICO EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

A. Blázquez Puerta, M. Villena Ruiz, T. Pérez Romero, V. Núñez Rodríguez, A. Del Arco Jiménez, J. Olalla Sierra, J. De la Torre Lima, J. García Alegría
Servicio de Medicina Interna. Hospital Costa del Sol (1). Marbella (Málaga)

OBJETIVOS

Describir cual es el perfil de riesgo de los pacientes que ingresan con diagnóstico de neutropenia febril basándonos en el índice de riesgo de Talcott y el MASCC score.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo retrospectivo, donde se recogieron mediante el sistema de historia clínica digitalizada, los pacientes ingresados entre el 1 de enero de 2009 y 31 de diciembre de 2010. Se incluyeron a los pacientes con diagnóstico al ingreso y alta de neutropenia febril, considerando el último episodio de ingreso en aquellos que tenían varios ingresos por dicho motivo. Se realizó un análisis descriptivo mediante el programa informático SPSS versión 15.0.

RESULTADOS

Se incluyeron 75 pacientes, de los cuales el 45,3% (34) fueron hombres y la media de edad fue de 55,73 años (rango de 15-82; mediana 58). Respecto a las características basales: diabetes mellitus 10,7% (8), hipertensión arterial 28% (21), patología cardíaca 10,7% (8), patología respiratoria 17,3% (38), otras patologías 16% (37), infección VIH 4% (3), y el 4% (3) presentaban alergias a penicilinas. En cuanto a las características oncológicas, los tumores de órgano sólidos representaban el 76% (57), frente a un 24% (18) de los hematológicos, dentro de los cuales el 62,5% (15) eran linfomas o síndromes linfoproliferativos, y el resto síndromes mielodisplásicos, mieloproliferativos, y mieloma múltiple. La distribución de los tumores de órganos sólidos fue la siguiente: pulmón 18,7% (14), mama 34,7% (26), urológico 9,3% (7), óseo 8% (6), digestivo 2,7% (2), cabeza-cuello 1,3% (1), origen desconocidos 1,3% (1). Todos estaban en tratamiento con quimioterapia, además un 13,3% (10) recibían radioterapia. Referente a otras características de riesgo de infección, el 20% (15) tomaban corticoides, 6,7% (5) estaban con profilaxis antibiótica y un 18,7% eran portadores de un dispositivo venoso central (14). El 24% (18) de los pacientes habían tenido un episodio previo de neutropenia febril y el 22,7% (17) tenían profilaxis con factor estimulante de colonias (CFS). La media de días desde el último ciclo de quimioterapia fue de 10,35 (rango: 1-30; mediana 10). Al ingreso el 88% (66) presentaban afectación de otras series hematológicas. Los signos clínicos al ingreso: temperatura media fue de 37,34, presión arterial sistólica 115,08, presión arterial diastólica 67,64, frecuencia cardíaca 87,93. Cuando se aplicaba el índice de riesgo de Talcott el 88% (66) pertenecían al grupo 3 (paciente ambulatorio con neoplasia en progresión). La puntuación media del MASCC score fue de 23,11 (rango: 9-26, mediana: 24), y el 25,3% (19) presentaban una puntuación igual o mayor a 21, por lo tanto se consideraban pacientes de bajo riesgo. Sin embargo, ningún paciente fue considerado de bajo riesgo mediante el índice de riesgo de Talcott.



DISCUSIÓN

La estratificación del riesgo de complicaciones y mortalidad en los pacientes con neutropenia febril y cáncer, nos podría ser de ayuda a la hora de decidir un tratamiento con antibioterapia por vía oral e incluso de forma ambulatoria. El uso de índices pronósticos como el índice de Talcott, o el MASCC score nos podría ser de ayuda para dicha estratificación.

CONCLUSIONES

1. La prevalencia de pacientes hematológicos fue inferior debido a las características de los pacientes tratados en nuestro centro, entre los que se excluyen leucemias agudas y trasplantes de médula ósea. 2. Los pacientes con neutropenia febril son ingresados en su totalidad. 3. En la práctica clínica habitual no se maneja la estratificación del riesgo con vistas a un manejo ambulatorio de la neutropenia febril de bajo riesgo. 4. Probablemente el índice de Talcott infraestima a los pacientes con bajo riesgo en comparación con el MASCC score.

A-07 LA INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

M. Ruz Zafra, A. Muñoz Claros, I. Gallardo Romero, C. Luque Amado, A. Pérez Rivera, M. González Benítez, G. Jarava Rol, A. Ruiz Cantero
Servicio de Medicina Interna. Hospital de la Serranía. Ronda (Málaga)

OBJETIVOS

Analizar las características clínico-epidemiológicas, método diagnóstico y tratamiento de los pacientes ingresados con ITU en Medicina Interna.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo de pacientes ingresados con ITU en el Servicio de Medicina Interna del Hospital de Ronda durante los meses de Enero a Junio de 2010. Se recogieron variables como sexo, movilidad (independiente, requiere ayuda, vida cama-sillón), domicilio (familiar, residencia o institucionalizado), factores de riesgo para itu complicada sonda permanente, sondaje o manipulación instrumental en la semana previa, ingreso hospitalario o en UCI en el mes previo, antibioterapia en el mes previo, ITU repetidas en el último año, DM, IRC, corticoides, inmunosupresores), diagnóstico de ITU (cistitis, PNA simple, PNA complicada, prostatitis aguda, sondaje vesical, sepsis urinaria o ITU no especificada), lugar de adquisición de la ITU (comunitaria o nosocomial), método diagnóstico (clínico, sedimento urinario, urocultivo, hemocultivo), microbiología (urocultivo, hemocultivo y antibiograma), tratamiento antibiótico de inicio y de continuación, días de estancia hospitalaria, infección no urinaria concomitante y mortalidad durante el ingreso. Análisis de los datos: se calcularon frecuencias y porcentajes de las diferentes categorías en las variables cualitativas y media y desviación típica en las cuantitativas. Se utilizó la Chi cuadrado para el análisis de variables cualitativas y T Student para las cuantitativas. Se efectuó con el programa SPSS versión 11.0.

RESULTADOS

Se han recogido un total de 62 pacientes. La edad media fue de 69.8 años. El 59.7% eran mujeres. Presentaban algún grado de dependencia el 40% de los casos y tan sólo vivían en residencias el 4.8%. El origen de la ITU fue intrahospitalario en 11 casos (17.7%). Se demostró una infección no urinaria concomitante en 15 (24.2%) pacientes. Los factores de riesgo para ITU complicada fueron la diabetes mellitus (32.3%), uso de antibioterapia en el mes previo (24.2%), IRC (19.4%), ITU de repetición en el último año (14.5%). El diagnóstico sindrómico más frecuente fue de "ITU no especificada" (62.9%), seguido de la sepsis urinaria (29%). El método diagnóstico utilizado ha sido clínico en un 56.5 %, se solicitaron sedimento en un 90.3 %, urocultivo en un 67.7% y hemocultivo en un 42%. E. Coli fue el microorganismo aislado con más frecuencia (59.1%). La terapia inicial de ITU se llevó a cabo con amoxicilina-clavulánico en un 33.3%, seguido de la ceftriaxona 28.3% y las quinolonas en un 21.7%. La resistencia a E. Coli a las quinolonas fue de 52.8%, seguido de un 38% a amoxicilina-clavulánico, un 31.2% a cefalosporinas y 14.4% a fosfomicina. Encontramos diferencias significativas al analizarlas según los grupos de riesgo estudiados: un 80% de los pacientes diabéticos presentan resistencias a las cefalosporinas mientras que los no diabéticos sólo eran resistentes un 21% (p=0.038). También presentaron más resistencias a las cefalosporinas los pacientes con insuficiencia renal (80% vs. 21.4%, p=0.038) La duración media del tratamiento antibiótico fue de 11.98 días y la estancia media hospitalaria de 12.79 días. Murieron 8 de los 62 casos analizados (12.9%), de los que un 75% eran diabéticos frente a un 25.9% que no lo eran (p=0.011).

CONCLUSIONES

-Se trata de pacientes de edad avanzada que presentan frecuentemente dependencia física y factores de riesgo para ITU complicada, siendo el más frecuente la Diabetes Mellitus. -El alto porcentaje de pacientes con el diagnóstico de "ITU no especificada" y diagnóstico basado exclusivamente en bacteriuria con o sin alteraciones en sedimento nos sugiere la probable sobredimensión de tal diagnóstico aplicando terapias inadecuadas en pacientes con bacteriuria asintomática. -El patógeno aislado más frecuente fue E. Coli, siendo la amoxicilina-clavulánico el antibiótico más utilizado. -La ceftriaxona fue resistente a E. Coli en casi un tercio de los urocultivos, aumentando de forma significativa en diabéticos e insuficiencia renal crónica. Esta resistencia debiera alertarnos sobre la probable presencia de E. Coli BLEE. -Las quinolonas no deberían ser los fármacos de primera línea en ITU complicada o en casos de gravedad dado el alto porcentaje de resistencias documentado.



A-08 CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICAS DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE ENDOCARDITIS INFECCIOSA EN UN HOSPITAL GENERAL

M. Martínez Cortés, P. Sánchez López, M. Esteban Moreno, C. Maldonado Úbeda, G. López Lloret, G. Parra García, S. Domingo Roa, L. Díez García
UGC Medicina Interna. Complejo Hospitalario Torrecárdenas. Almería

OBJETIVOS

La endocarditis infecciosa es un cuadro poco frecuente cuya incidencia oscila entre 3-6 episodios/100.000 personas-año y que supone un porcentaje pequeño en el volumen global de pacientes hospitalizados. Sin embargo, es una patología potencialmente mortal cuyo diagnóstico y tratamiento precoz se hace indispensable. El objetivo de nuestro estudio fue analizar las variables clínico-epidemiológicas de los pacientes con diagnóstico de endocarditis infecciosa en nuestro medio y estudiar la variabilidad del diagnóstico y confirmación microbiológica con la mejora de los métodos diagnósticos disponibles.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio observacional retrospectivo de enero de 2005 a diciembre de 2010 de pacientes ingresados en servicios médicos de cardiología y medicina interna con diagnóstico de endocarditis infecciosa (diagnóstico según criterios de Dukes). Estudiamos variables epidemiológicas como edad media, sexo, válvula afectada, confirmación microbiológica y gérmenes aislados de forma más frecuente, así como complicaciones derivadas del proceso infeccioso valvular, necesidad de intervención quirúrgica urgente y número de éxitos.

RESULTADOS

Se estudiaron 53 casos de endocarditis infecciosa, 36 casos con ingreso en servicio de medicina interna (67,9%) y 17 en servicio de cardiología (32,1%). La incidencia se expone en la tabla 1. La edad media fue de 61± 15 años y la estancia media de 25±20 días. La distribución por sexos fue V/M: 64%/36%. El 24,5% (13 pacientes) eran portadores de válvula protésica y el 17% (9 pacientes) tenían patología valvular degenerativa como factores predisponentes; 3 pacientes tenían un procedimiento de acceso venoso permanente (5,7%), 3 pacientes eran portadores de marcapasos (5,7%) y 4 pacientes eran ADVP (7,5%). La válvula afectada de forma predominante fue la mitral (45,3%: 24 casos), seguida de la aórtica 41,5% (22 casos) y la tricúspide 13,2% (7 casos). En el 50,9% de los casos (27 pacientes) no hubo aislamiento microbiológico (41% de MI y 69% de cardiología) y se estableció antibioterapia empírica. Del resto de casos los gérmenes más frecuentes: enterococcus faecalis en 9 casos (34,6%), saph. aureus en 5 casos (19,2%), MARSA en 3 casos (11,5%) y strep. viridans en 3 casos (11,5%). Se derivaron para intervención quirúrgica urgente a 18 pacientes (34%) cuya complicación más frecuente fue valvulopatía severa e IC grave en 8 casos (47,1%) seguida de émbolos sépticos en diferentes territorios en 5 casos (29,4%). 7 pacientes fallecieron (13,2%), 3 de ellos por shock cardiogénico (50%) y 2 por embolias sépticas (33,3%).

CONCLUSIONES

Se observa un aumento progresivo en los últimos 5 años de la incidencia de endocarditis infecciosa en nuestro medio, quizás relacionada con la mayor edad, gravedad de los pacientes y frecuencia de procedimientos invasivos. Es llamativa la escasa frecuencia de aislamientos microbiológicos (especialmente en cardiología) y la frecuencia de infecciones por enterococo y estafilococos, La mortalidad y complicaciones son similares a las de otras series

Tabla 1 (A-08)

| Año | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 |
|------------|-------------|-------------|---------------|---------------|---------------|----------------|
| Incidencia | 5 (9.4%) | 3 (5.6%) | 10 (18.8%) | 9 (16.98%) | 15 (28.3%) | 11 (20.75%) |

Paciente Pluripatológico/ Edad Avanzada (EA)

EA-01 PROCEDENCIA DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA A LO LARGO DE 25 AÑOS

C. Rivas Cobas¹, J. Galindo Ocaña², C. Aguilera González², R. Parra Alcaraz¹, A. Fernández López², C.

Hernández Quiles¹, L. de la Higuera Vila¹, D. Mendoza Giraldo¹

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

²Unidad de Hospitalización Domiciliaria, UCAMI, Medicina Interna. Hospital Duques del Infantado. Sevilla

OBJETIVOS

Determinar si se han producido cambios en la procedencia de los pacientes remitidos a una UHD/ESCP de un hospital terciario desde 1984 hasta 2010.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio retrospectivo descriptivo. Fueron incluidos todos los pacientes atendidos en nuestra UHD/ESCP desde noviembre de 1984 a mayo de 2010. Se registraron las fechas de ingreso del primer episodio en la UHD y los servicios de origen de los pacientes atendidos en 6 periodos de tiempo divididos en percentiles según tamaño muestral, desde 1984 a 2010 (24-11-84 a 12-11-90, 12-11-90 a 23-06-96, 24-06-96 a 22-11-00, 23-11-00 a 4-12-03, 24-11-03 a 4-12-03, 4-12-03 a 11-02-07 y 12-02-07 a 30-05-10).

RESULTADOS

La procedencia de los pacientes fue delimitada por periodos de tiempo como sigue a continuación: 1.- 24-11-84 a 12-11-90 (n=2624, 16,7%): Área de Cuidados Críticos y Urgencias (CCU) 442 pacientes (16,8%), Oncología Médica (OM) 78 (3%), Atención Primaria (AP) 110 (4,2%), Áreas Quirúrgicas (AQ) 949 (36,2%), Medicina Interna/ Infecciosas/Neumología (MI_I_N) 683 (26%), otro centro 68 (2,6%) y otros 294 (11,2%) 2.- 12-11-90 a 23-06-96 (n=2625, 16,7%): CCU 221 pacientes (8,4%), OM 202 (7,7%),



AP 228 (8,7%), AQ 935 (35,6%), MI_I_N 400 (15,2%), otro centro 289 (11%) y otras procedencias 350 (13,3%). 3.- 24-06-96 a 22-11-00 (n=2623, 16,7%): CCU 172 pacientes (6,6%), OM 363 (13,8%), AP 284 (10,8%), AQ 793 (30,2%), MI_I_N 429 (16,4%), otro centro 328 (12,5%) y otros 254 (9,5%). 4.- 23-11-00 a 4-12-03 (n=2623, 16,7%): CCU 180 pacientes (6,9%), OM 243 (9,3%), AP 810 (30,9%), AQ 713 (27,2%), MI_I_N 306 (11,7%), otro centro 165 (6,3%) y otros 206 (7,9%). 5.- 5-12-03 a 11-02-07 (n=2629, 16,7%): CCU 129 pacientes (4,9%), OM 276 (10,5%), AP 761 (28,9%), AQ 729 (27,7%), MI_I_N 370 (14,1%), otro centro 162 (6,2%) y otros 202 (7,7%). 6.- 12-02-07 a 30-05-10 (n=2615, 16,6%): CCU 151 pacientes (5,8%), OM 394 (15,1%), AP 929 (35,5%), AQ 316 (12,1%), MI_I_N 394 (15,1%), otro centro 124 (4,7%) y otros 307 (11,7%).

DISCUSIÓN

Las Unidades de Hospitalización Domiciliaria (UHD) y Equipos de Soporte de Cuidados Paliativos se han transformado a lo largo de las últimas décadas en nuestro medio, desde la respuesta reactiva y puntual a los problemas agudos, hacia otro modelo centrado en el paciente y cuyo objetivo es lograr la continuidad asistencial. Estos cambios deberían asociarse a un incremento en la participación de los Equipos de Atención Primaria. Los hallazgos más relevantes del estudio son el incremento progresivo en las derivaciones procedentes desde Atención Primaria, que se han cuadruplicado, en detrimento de las derivaciones desde servicios quirúrgicos, que han declinado en los últimos tres años de forma notable. De este modo, en la actualidad la primera procedencia de pacientes a UHD/ESCP, con casi un tercio de la demanda, es Atención Primaria, de forma adecuada al modelo en que el médico de familia actúa como gestor de casos.

CONCLUSIONES

El estudio parece sugerir un cambio progresivo de transformación del modelo asistencial reactivo a otro de continuidad asistencial y colaboración con atención primaria.

EA-02 DIFERENCIAS CLÍNICO-ASISTENCIALES ENTRE PACIENTES NO ONCOLÓGICOS ATENDIDOS EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN EN DOS PERIODOS DE TIEMPO (1995 Y 2009-2010)

L. De la Higuera Vila¹, J. Galindo Ocaña², C. Aguilera González², A. Fernández López², R. Parra Alcaraz¹, D. Mendoza Giraldo¹, J. Praena Segovia¹, M. García Gutiérrez¹

¹UCAMI, Medicina Interna, ²Unidad de Hospitalización Domiciliaria, UCAMI, Medicina Interna. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla

OBJETIVOS

Determinar las diferencias clínicas y asistenciales entre los pacientes con enfermedades crónicas no oncológicas, atendidos en dos periodos de tiempo (1995 frente a 2009-2010).

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio retrospectivo. Se incluyeron todos los pacientes atendidos en una Unidad de Hospitalización Domiciliaria de un hospital terciario entre enero y diciembre de 1995 (periodo '95) y marzo de 2009 y junio de 2010 (periodo '09). Fueron excluidos todos

aquellos enfermos con neoplasia activa o antecedente de cáncer. Análisis descriptivo e inferencial mediante comparación de variables cualitativas con el test de la Chi-cuadrado y las cuantitativas por comparación de medianas con el test U de Mann-Whitney.

RESULTADOS

Un total de 143 pacientes fueron incluidos en el estudio. En el periodo '95 fueron atendidos 77 pacientes no oncológicos en situación avanzada o terminal (noOncT), con edad media $67,91 \pm 13,98$, mujeres 39%. Fueron visitados $5,12 \pm 10,45$ y $16,92 \pm 28,70$ veces/episodio por facultativo y enfermería respectivamente. Las enfermedades más frecuentemente registradas fueron: enf. respiratoria crónica, n=18 (23,4%), arteriopatía periférica crónica, n=16 (20,8%), enfermedades digestivas, n=8 (10,4%), AVC, n=8 (10,4%), cirrosis hepática, n=7 (9,1%), infección por VIH, n=5 (6,5%) anemias, n=4 (5,2%), e ICC, n=3 (3,9%). Fueron pacientes pluripatológicos (PPP) 12 enfermos (15,6%), con las categorías más frecuentemente asociadas: cirrosis hepática y enf. renal crónica, n=3 (27,3%), AVC e ICC, n=2 (18,2%), cirrosis hepática y anemia, n=2 (18,2%). En el periodo '09 fueron atendidos 66 pacientes noOncT, de edad media $64,68 \pm 19$ años y mujeres 40,9%. Recibieron $4,63 \pm 5,15$ y $7,05 \pm 9,45$ visitas/episodio por facultativos y enfermería respectivamente. Los diagnósticos más frecuentes fueron ICC, n=21 (31,8%), enf. respiratoria crónica, n=13 (19,7%), AVC, n=11 (16,7%), enf. arterial periférica crónica, n=9 (13,6%), cirrosis hepática, n=5 (7,6%) y demencias, n=4 (6,1%). Resultaron PPP 44 enfermos (66,7%), con categorías más frecuentes: ICC y enf. respiratoria crónica, n=8 (18,6%), ICC y enf. arterial periférica crónica, n=5 (11,6%), AVC e ICC, n=3 (7%). Se hallaron diferencias significativas en el porcentaje de PPP ($p=0,000$) y de pacientes con ICC ($p=0,000$) registrados. No existieron diferencias de edad ($p=0,123$), ni en visitas por facultativo ($p=0,707$), pero sí en las visitas por enfermería ($p=0,004$). Tampoco existieron diferencias en el motivo de alta: 56 vs. 43 por mejoría (72,7% vs. 65,15%) ($p=0,213$), y por exitus 11 vs. 16 (14,3% vs. 24,2%) ($p=0,097$).

DISCUSIÓN

Entre ambos periodos de tiempo encontramos una notable similitud en el perfil de enfermos atendidos, con diferencias atribuibles a cambios en la codificación de enfermedades, p.e tras la introducción del concepto de PPP en 2002. El incremento de pacientes con ICC sugiere un mayor uso del recurso de hospitalización domiciliaria para tratamiento de estos enfermos. No podemos descartar un incremento real de complejidad, con mayor número de enfermedades coexistentes.

CONCLUSIONES

Un número similar de pacientes no oncológicos fue atendido en la UHD. El incremento de pacientes con ICC y pluripatológicos sugiere un cambio cualitativo en el manejo de la complejidad en la UHD analizada.



EA-04 ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO/EQUIPO DE SOPORTE DE CUIDADOS PALIATIVOS EN LOS ÚLTIMOS DIEZ AÑOS

C. Aguilera González¹, D. Mendoza Giraldo², J. Galindo Ocaña¹, L. de la Higuera Vija¹, M. García Gutiérrez², C. Ribas Covas², C. Hernández Quiles², A. Fernández López¹

¹Unidad de Hospitalización Domiciliaria. UCAMI. M. Interna, ²UCAMI. Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla

OBJETIVOS

Describir la actividad asistencial de nuestra Unidad de Hospitalización a Domicilio/Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos (UHD/ESCP) en el periodo de tiempo comprendido desde enero 2000 y abril 2010.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes atendidos en una UHD/ ESCP desde enero 2000 a abril 2010. Se analizaron las siguientes variables: número de ingresos, estancias generadas, estancias medias, número de visitas en domicilio de los profesionales sanitarios (médicos y enfermeros), frecuencia de visitas, motivo de alta en la unidad, derivación posterior y porcentaje de mortalidad en domicilio. La frecuentación de visitas y el destino al alta fueron recogidos desde enero de 2006.

RESULTADOS

Durante el periodo señalado se registraron 8378 ingresos, media 67,5/mes, con estancia media de 18,24 días. En total se realizaron 106452 visitas en domicilio (858,48/mes), un 39% por facultativos y 61% por enfermería. La frecuentación de visitas por cada 10 días fueron: 2006 6,1 visitas, 2007 6,7 visitas, 2008 6 visitas, 2009 6,8 visitas, 2009-2010 7,79 visitas. La estancia media fue: 2000 28,78+-35,35 días, 2001 18,43+-23,54 días, 2002 20,15+-28,15 días, 2003 16,67+-23,02 días, 2004 16,51+-19,39 días, 2005 17,91+-21,7 días, 2006 16,64+-18,34 días, 2007 16,6+-21,09 días, 2008 14,36+-17,61 días, 2009 16,77+-21,06 días, 2010 14,55+-17,66 días. La diferencia de estancia entre 2000 y 2010 fue de 14,22+-18,11 días (p=0,000). El motivo de alta fue: mejoría 59,58%, exitus 19,79%, ingreso programado 16,5%. Se realizaron 171 ingresos no programados desde 2006: 2006 24 ingresos, 2007 42 ingresos, 2008 50 ingresos, 2009-2010 70 ingresos (27,2%). Fueron programados: 2006 64 ingr., 2007 116 ingr., 2008 172 ingr., 2009-2010 187 ingr. (72,8%). Antes del 1-01-2009 305 ingresos fueron programados (2,1%) vs. 187 (15,7%) tras dicha fecha (OR 8,67, IC 95% 7,149-10,515; p=0,000). Fallecieron en su domicilio 738 pacientes: 2006 142 pacs., 2007 151 pacs., 2008 173 pacs., 2009 203 pacs., 2010 69 pacs. Antes de 1-01-2009 2561 pacientes (17,6%) fueron exitus en domicilio vs. 265 (22,2%) tras dicha fecha (OR 1,335; IC 95% 1,157-1,540; p=0,000).

DISCUSIÓN

Si bien el número de ingresos anuales se ha mantenido estable a lo largo de estos 10 años, ha disminuido la estancia media, posiblemente asociado a una mayor continuidad asistencial a través de la cooperación con Atención Primaria. La frecuentación de visitas por cada 10 días se incrementó, atribuible a una mayor complejidad de los enfermos en

seguimiento. El número de ingresos programados superó el 70% en el último período, con la consiguiente mejora en el confort de los pacientes y cuidadores. Se halló un aumento en el porcentaje de mortalidad en domicilio a lo largo de esta década, el paciente puede elegir el lugar donde quiere morir y pactarlo con el equipo.

CONCLUSIONES

El patrón evolutivo asistencial de la Unidad de Hospitalización Domiciliaria/Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos de HUVR refleja una mayor optimización de recursos y en la calidad asistencial a los enfermos en situación avanzada o terminal.

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

J. Praena Segovia¹, N. Ramírez Duque¹, A. Fernández Moyano², M. Bayón Sayago³, F. Díez García⁴

¹UCAMI. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla

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

³Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen Macarena. Sevilla

⁴Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario de Poniente (1). Almería

OBJETIVOS

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

MATERIAL Y MÉTODO

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

RESULTADOS

La prevalencia de polifarmacia en los 1847 pacientes incluidos fue 86%(8.1±3.5 fármacos y 9.1±5 comprimidos por paciente). El 31,3% tomaba ?10 fármacos. Por grupo, los fármacos más prescritos fueron antihipertensivos (1514 pacientes (82,6%)), gastroprotectores (1363(73,8%)), antiagregantes/anticoagulantes (1298(70,3%)), fármacos psicótrópicos (956(51,8%)), broncodilatadores inhalados (775(42%)) y analgésicos (674(36,5%)). Individualmente, los más prescritos fueron omeprazol (73,8%), diuréticos (70,3%), IECAS/ARAI (58,7%), AAS (44%), anticolinérgicos



inhalados (39,4%), beta 2 adrenérgicos inhalados (36,5%), y analgésicos de primer escalón (35,7%). Destacar por su escasa prescripción los analgésicos de 2º (5,7%) y 3er escalón (8,1%), antidepresivos (16,2%), anticolinesterásicos (5,7%), neurolépticos (21,2%) y betabloqueantes (26,69%). El 45,6% había recibido un ciclo de antibioterapia en los 3 meses previos, siendo los más utilizados las quinolonas (450 pacientes (24,4%), seguidos de penicilinas (365(19,8%) y cefalosporinas (260(14,1%)). Respecto a la adherencia al tratamiento el 51,8% de los pacientes no cometía ningún error en la toma, el 38,6% lo cometían ocasionalmente y el 9,6% casi diariamente o siempre. Los factores asociados de forma independiente a la polifarmacia fueron la pluripatología (OR=1.6 [1.1-2.4]; p=.01), la hipertensión (OR=2 [1.4-3]; p<.0001), la diabetes (OR=1.8 [1.2-2.6]; p=.004), la disnea severa (OR=2.1 [1.3-3.6]; p=.004), el dolor crónico (OR=2.7 [1.4-5.1]; p<.003), un pobre performance de la ECOG (OR=3.9 [1.2-12.6]; p=.026), y la ausencia de EN (OR=2 [1.2-3.4]; p=.006). Aquéllos asociados de forma independiente a la presencia de errores en la toma fueron requerir cuidador (OR=1.6 [1.2-2.2]; p=.006), una mayor carga de comorbilidad por el índice Charlson ((OR=1.14 [1.07-1.22]; p<.0001), la anorexia (OR=1.36 [1.001-1.8]; p=.046), y la ausencia de EN (OR=1.84 [1.4-2.4]; p<.0001).

CONCLUSIONES

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

EA-11 VALORACIÓN FUNCIONAL DE PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS NO NEOPLÁSICAS EN ESTADIO AVANZADO. ¿ÍNDICE DE BARTHEL, ECOG-PS Ó PALLIATIVE PERFORMANCE SCALE?

M. García Gutiérrez¹, D. Navarro Hidalgo², A. Fernández López³, P. Retamar Gentil⁴, M. Ollero Baturone¹, M. García Ordóñez⁵, C. San Román Terán⁶

¹UCAMI, ³Unidad de Hospitalización Domiciliaria. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla

²Servicio de Medicina Interna. Hospital Comarcal Infanta Margarita. Córdoba

⁴Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen Macarena. Sevilla

⁵Servicio de Medicina Interna. Hospital de Antequera. Antequera (Málaga)

⁶Servicio de Medicina Interna. Hospital Comarcal de la Axarquía. Vélez-Málaga

OBJETIVOS

Determinar la situación funcional para el desarrollo de actividades básicas de la vida diaria (ABVD) mediante el I. Barthel (IB), el performance status mediante el ECOG-PS, y el PPS, y explorar la concordancia entre estos tres instrumentos, de los pacientes con enfermedades crónicas no neoplásicas en estadio avanzado incluidos en el proyecto PALIAR.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio transversal multicéntrico de 41 hospitales españoles, con inclusión de pacientes identificados durante la hospitalización, consultas, ú hospitalización domiciliaria entre Febr2009-Sept2010. Se incluyeron pacientes con ?1: Insuficiencia cardíaca con disnea basal ?III de la NYHA (ICC); insuficiencia respiratoria con disnea basal ?III MRC y/o satO2<90% y/o O2domiciliaria (IR); insuficiencia renal crónica estadio 4-5 de NKF (ERC); hepatopatía crónica escala Child-Pugh >7; y/o enfermedad neurológica con deterioro cognitivo/funcional establecidos (Pfeiffer>6 y/o MEC?18 y/o Barthel<60) (EN). Se consignó el IB, ECOG-PS y PPS, así como la concordancia entre estas tres escalas mediante el coeficiente de correlación intraclase (IB y PPS), y el índice kappa (categorizando el IB<35, el PPS<50, y ECOG-PS?3).

RESULTADOS

La mediana del IB y PPS de los 1847 pacientes incluidos fue 35 [RIC=70], y 50 [RIC=30], respectivamente. Un 49% de ellos presentaba dependencia grave ó total (IB<35), y un 46.8% pasaba la mayor parte del tiempo en la cama (PPS<50). Con respecto al ECOG-PS sólo un 23% estaba en situación clínica 0-1, mientras que un 40% estaba en situación 3-4 (más del 50% del día en la cama ó completamente encamado). El coeficiente de correlación intraclase entre el IB y el PPS fue 0.685 (0.635-0.727; p<.0001) para medidas individuales y 0.813 (0.777-0.842; p<.0001). El índice de concordancia kappa categorizando las escalas fue 0.681 (0.647-0.715; p<.0001) entre el IB y el PPS, 0.653 (0.617-0.689; p<.0001) entre el IB y el ECOG-PS, y 0.745 (0.713-0.777; p<.0001) entre el PPS y el ECOG-PS.

CONCLUSIONES

Aproximadamente la mitad de los pacientes con enfermedades médicas avanzadas incluidos en el proyecto PALIAR presentaban dependencia grave-total y/o precisaban encamamiento la mayor parte del tiempo. La concordancia entre los tres instrumentos fue aceptable-buena.

EA-12 UTILIZACIÓN DEL INHALADOR DE POLVO SECO EN EL PACIENTE HOSPITALIZADO DE EDAD AVANZADA

P. Durán García¹, A. Rodríguez Borrego²

¹U.G.C. Medicina Interna, ²Unidad de Reanimación postquirúrgica. Hospital Reina Sofía. Córdoba

OBJETIVOS

Identificar los errores cometidos en el manejo del inhalador de polvo seco tipo accuhaler, turbuhaler y handihaler. Determinar la relación entre el manejo incorrecto y el tipo de dispositivo. Determinar la relación entre los errores comunes más frecuentes y el tipo de dispositivo.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo durante los meses de enero a marzo de 2009, 2010 y 2011 en la Unidad de Medicina Interna del HU Reina Sofía de Córdoba. Muestreo consecutivo de pacientes con patología respiratoria, que han superado el test de Pfeiffer, que en la unidad utilizan dispositivo de polvo seco tipo accuhaler, turbuhaler y/o handihaler y que



han firmado el consentimiento informado. Criterios de exclusión: pacientes que se niegan a participar, que durante su estancia no tienen prescrito el inhalador y/o con enfermedad concomitante que pueda influir sobre su capacidad física o psíquica. Número total de valoraciones: 50. Variables dependientes: errores cometidos en la utilización del inhalador. Variables independientes: edad, sexo y tipo de dispositivo. Instrumento de recogida de datos: recomendaciones de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR). El análisis ha sido descriptivo, calculando media y desviación típica para la variable cuantitativa, porcentaje para las cualitativas y aplicando el test exacto de Fisher y chi cuadrado para determinar la relación entre las variables cualitativas. Se consideró como dintel de significación estadística una $p < 0,05$.

RESULTADOS

El número total de pacientes contactados fueron 51. De ellos 2 se negaron a participar, 9 no superaron el test de Pfeiffer y 40 sí lo superaron. De los que superaron el test, 10 utilizaban dos dispositivos, por lo que el número total de valoraciones fueron 50. Participaron 37 hombres y 3 mujeres. La edad media fue 78 con una desviación típica de 7,09. El dispositivo accuhaler se observó en 13 ocasiones (26%), el tipo turbuhaler en 17 (34%) y el handihaler en 20 (40%). En el 80% de las valoraciones se utilizaba incorrectamente el inhalador. Distinguiendo según dispositivos se obtuvo 76,9% de valoraciones con uso incorrecto para accuhaler, 82,4% para turbuhaler y 80% para handihaler. Los errores cometidos más frecuentes fueron el no expulsar el aire previamente a la inspiración del medicamento (74%) y el no mantener la respiración después de la inhalación (56%). El nivel de significancia del test exacto de Fisher para el manejo incorrecto y el tipo de inhalador fue 1,00 y para el error de no sacar el aire del pecho previamente a la inhalación y el tipo de dispositivo, fue de 0,77. El nivel de significancia del test chi cuadrado para el error de no mantener la respiración tras la inhalación aproximadamente 10 segundos y el tipo de dispositivo, fue de 0,87.

DISCUSIÓN

Aunque la muestra analizada es pequeña y habría que contrastar los resultados con estudios con una muestra mayor, hay un alto porcentaje de uso incorrecto y unos errores destacadamente más frecuentes (resultado que coincide con autores como Flor Escriche et al). Por otro lado, los errores más frecuentes son los mismos en los tres dispositivos y no se ha podido establecer relación entre dichos errores y el tipo de dispositivo. Según los resultados, se puede deducir que el paciente tiene más dificultad en aquellos pasos en los que tiene que participar de forma muy activa que en lo que es el manejo del dispositivo propiamente dicho.

CONCLUSIONES

Los errores más frecuentes son el no sacar el aire del pecho de forma lenta y profunda hasta el tope y el no mantener la respiración aproximadamente 10 segundos después de la inhalación. En nuestro estudio no existe evidencia estadística de asociación entre el uso incorrecto y el tipo de inhalador, así como entre los pasos más frecuentes en los que se cometen errores y el tipo de dispositivo. Proponemos una educación sanitaria que además de enseñar la utilización del dispositivo, incida en aquellos aspectos que faciliten que el paciente entienda la utilidad de cada paso.

EA-14 DIFICULTADES PARA LA INVESTIGACIÓN INDEPENDIENTE EN ESPAÑA. EL EJEMPLO DEL ENSAYO CLÍNICO PAHFRAC-01

M. Rincón¹, S. Gutiérrez-Rivero¹, V. Alfaro-Lara¹, C. Rosso², R. Aparicio³, M. Romero⁴, A. Ruiz-Cantero⁵, L. Moreno-Gaviño¹

¹UCAMI, ²UCICEC-CAIBER. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla

³Servicio de Medicina Interna. Hospital San Juan de Dios de El Aljarafe. Sevilla

⁴Servicio de Medicina Interna. Hospital Infanta Elena. Huelva

⁵Servicio de Medicina Interna. Hospital de la Serranía. Ronda (Málaga)

OBJETIVOS

Describir los problemas para la puesta en marcha del ensayo clínico no comercial (ECNC) fase III PAHFRAC-01 (eficacia de hierro carboximaltosa con o sin eritropoyetina versus placebo en la reducción de las necesidades transfusionales en el perioperatorio de fractura de cadera), a fin de mejorar y unificar las normas y procedimientos futuros.

MATERIAL Y MÉTODO

El PAHFRAC-01 ha sido financiado en convocatoria competitiva de oct-2009 de ECNC del MSPS. El promotor inició los procedimientos para obtener las respectivas aprobaciones y los trámites burocráticos a primeros de Nov-2009; debido a las dificultades solicitó un enfoque técnico y logístico a la UCICEC-CAIBER de su centro de trabajo, desde donde se gestionaron todos los trámites de contratación del seguro obligatorio, la selección del personal para monitorización clínica, la tramitación del expediente al CAEC de referencia (CAEC de la Junta de Andalucía), y a todos los CEICs de los 9 centros participantes, la solicitud de autorización a la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios (AEMPS), la inscripción en los registros internacionales europeo (EUDRA-CT) y estadounidense (clinicaltrials.gov), y la gestión y circuito de firmas de todos los contratos con los centros, así como la documentación específica y necesaria en cada centro participante. La calidad fue el principal objetivo a seguir antes de iniciar la inclusión de acuerdo con los requerimientos internacionales y europeos. Se describen los procedimientos y fechas hasta que se inició la inclusión de pacientes y los problemas encontrados.

RESULTADOS

La aprobación del CAEC referente fue relativamente rápida, sin embargo el trámite en los diferentes CEICs resultó más tedioso, siendo necesaria la realización de adaptaciones locales y modificaciones al protocolo. La catalogación y aprobación por parte de la AEMPS para el ECNC y los procedimientos de envasado, etiquetado y distribución de la medicación se obtuvo después de resolver un gran número de dudas y trabas, así como circuitos intra-administraciones escasamente eficientes. Los contratos y certificaciones de cada centro participante tuvieron que adaptarse específicamente resultando en ulteriores retrasos de la visita de monitorización de inicio. Incluso la visita de monitorización de inicio resultó dificultosa en algún centro al no haberse encontrado dinámica de investigación independiente previa. Finalmente, la inclusión de pacientes comenzó en el primer centro en Jul-10 y en el último en Oct-2010. Actualmente se han incorporado un total de 100 pacientes en 8 de los 9 centros participantes y se ha tramitado una modificación relevante para incorporar un 10º hospital.



DISCUSIÓN

En todos estos pasos múltiples los investigadores tuvieron que enfrentarse a una notable heterogeneidad, así como la duplicidad de requisitos y procedimientos, con información paradójica, así como bucles administrativos difícilmente salvables por estar vinculados; todo lo cual hizo difícil reunir a tiempo los requisitos documentales.

CONCLUSIONES

A pesar de los intereses de los investigadores y las autoridades a fin de promover la investigación independiente todavía nos enfrentamos a un notable número de limitaciones derivadas de la escasa tradición de este perfil de investigación, que tradicionalmente se ha promovido desde otros sectores.

EA-15 PERFIL DE LOS PACIENTES CATALOGADOS AL ALTA COMO PLURIPATOLÓGICOS EN UN HOSPITAL GENERAL

P. Sánchez López, M. Esteban Moreno, G. Parra García, M. Martínez Cortés, G. López Lloret, S. Domingo Roa, C. Maldonado Úbeda, F. Díez García

Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario de Especialidades Torrecárdenas. Almería

OBJETIVOS

Evaluar la distribución y frecuencia de los pacientes ingresados en Medicina Interna que cumplieran criterios de pacientes pluripatológicos (PP). Estudiar si disponían de cuidador y su destino al alta.

MATERIAL Y MÉTODO

Se seleccionó una cohorte de 234 pacientes con alta en servicio de Medicina Interna entre Junio y Septiembre 2009. Dentro de esta muestra se seleccionaron a 119 pacientes con criterios establecidos de pluripatológico (asignación a 2 ó más categorías definidas en el proceso de atención de los PP de la Consejería de Salud). Se analizó la distribución de éstos pacientes en las distintas categorías y se realizó un estudio descriptivo. Los datos se analizaron con el paquete estadístico SSPS 18.0.

RESULTADOS

Los 234 pacientes seleccionados tenían una edad media de 73 ± 1 años. La distribución por sexos fue: varones (41.5%) y mujeres (58.5%), con una estancia media de 11 ± 2 días. La distribución por categorías fue: CATEGORÍA A: 74 pacientes (62.2%), CATEGORÍA B: 42 pacientes (35.5%), CATEGORÍA C: 45 pacientes (37.8%), CATEGORÍA D: 9 pacientes (7.9%), CATEGORÍA E: 47 pacientes (39.5%), CATEGORÍA F: 39 pacientes (32.8%), CATEGORÍA G: 35 pacientes (29.4%), CATEGORÍA H: 22 pacientes (18.5%). Respecto al nº de categorías que cumplían los pacientes para ser diagnosticados como PP fue de 2 (60%), 3 (21%), 4 (10%), ó 5 (9%). La cuidador fue identificado en 49 pacientes (41.1%). El cuidador habitual fue hija/o (49%) y cónyuge (22%). Tenían cuidador remunerado el 8,6% de los PP. La categoría diagnóstica con mayor número de cuidadores recogidos fue la E (enfermedad neurológica): 65.0% de cuidadores identificados ($p < 0.001$). No se objetivó asociación entre estancia media hospitalaria y

disponer de cuidador ($p: 0.231$). El destino de los PP tras el alta fue: su domicilio (79%), residencia geriátrica (7.6%) y traslado a un hospital de cuidados intermedios (3.4%).

CONCLUSIONES

La mayoría de pacientes pluripatológicos presentan 2 categorías definidas (60%), siendo la categoría A la más frecuente (62%) y la D la menos frecuente (7,9%). La presencia de cuidador fue mas frecuentes en PP con categoría E enfermedad neurológica). La mayoría de los PP se remitió a su domicilio tras el alta.

EA-16 IDENTIFICACIÓN CORRECTA POR LOS FACULTATIVOS DE LOS PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS INGRESADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

G. Parra García, P. Sánchez López, C. Maldonado Úbeda, S. Domingo Roa, G. López Lloret, M. Martínez Cortés, M. Esteban Moreno, F. Díez García

Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Torrecárdenas. Almería

OBJETIVOS

Evaluar si se identifican a los pacientes puripatológicos (PP) ingresados en el servicio de Medicina Interna de forma correcta y si existe una variabilidad interprofesional significativa.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio observacional, retrospectivo, de 234 informes de alta del servicio de Medicina Interna entre Junio y Septiembre 2009. Se comprobó si estaban identificados como pluripatológicos en dicho informe y si esta asignación fue correcta o errónea. El paciente PP debe tener 2 ó más categorías definidas en el proceso de Atención específico de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Los datos se analizaron con el paquete estadístico SSPS 18.0.

RESULTADOS

Cumplían criterios de PP 119 pacientes; de los cuales 57 (48%) pacientes estaban correctamente identificados en el informe y 62 (52%) no estaban identificados. No cumplían criterios de PP 115 pacientes, aunque 12 pacientes (10.4%) fueron clasificados como pluripatológicos en el informe de alta. Se objetivaron grandes diferencias interprofesionales tanto en el número de pacientes PP identificados por facultativo (3 - 25) como en la correcta asignación de los mismos (10-78%).

CONCLUSIONES

Existe un importante margen de mejora en la identificación de los pacientes PP en nuestro hospital pues más del 50% no están identificados como tales en el informe de alta. La variabilidad interprofesional en la identificación de los PP es muy elevada.



Tabla (EA-16)

| | MAL IDENTIFICADOS | TOTAL | |
|-------|-------------------|-------------|-----|
| PP | 65 (52,1%) | 119 | |
| NO PP | 12 (10,4%) | 115 | |
| | 160 (68,37%) | 74 (31,63%) | 234 |

Gestión Clínica (G)

G-01 EVALUACIÓN DE LA PERCEPCIÓN/SATISFACCIÓN EN SEGURIDAD DE LOS USUARIOS. UN INDICADOR DE CALIDAD

S. Martín Matute, P. Paredes Pérez, A. Valderas García, R. Arahál Trigeros, E. Valero Aliaga

UCAMI. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla

OBJETIVOS

Hemos enfocado la calidad como "satisfacción de las expectativas de los usuarios en su valoración de los servicios recibidos y de su percepción de seguridad durante su estancia Hospitalaria. Objetivos: Conocer la percepción de seguridad en la atención sanitaria recibida durante la hospitalización Describir niveles de satisfacción percibidos los aspectos técnicos e instrumentales de las actividades asistenciales, en la Comunicación y accesibilidad y en las comodidades en su estancia en el hospital.

MATERIAL Y MÉTODO

El estudio se ha realizado en la Unidad de Gestión Clínica de Atención Médica Integral (UCAMI) en los meses de Octubre a Diciembre del 2.010 Se trata de un descriptivo transversal. La muestra está constituida por 94 sujetos, se ha seguido un muestreo no aleatorio de conveniencia (pacientes ingresados en este periodo). Los criterios de exclusión han sido: pacientes solos sin acompañantes y con deterioro cognitivo y pacientes que se negaron a contestar la encuesta. Para la recogida de información se ha utilizado el cuestionario sobre Evaluación de la percepción de los pacientes sobre la seguridad de los servicios sanitarios: diseñado y validado por el Ministerio de Sanidad y Política Social; 2009. El cuestionario recoge: variables sociodemográficas, información recibida sobre procedimientos, técnicas, pautas tras el alta, existencia de algún efecto adverso y recomendación a algún familiar de la Unidad que fue analizada según una escala analógica visual del 1 al 10. A la información recabada se le han aplicado frecuencias y estadísticos descriptivos en el programa SPSS 18.0.

RESULTADOS

La encuesta fue contestada por 73 pacientes. El 67,26% conoce el nombre del enfermero que lo atiende, sólo el 43,62% conoce el del médico. Con respecto a cómo la enfermera realizaba los procedimientos, el 34% lo catalogó como excelente y el 5%

dijo que era insatisfactorio. Los factores más valorados por los pacientes son: el trato humano y personalizado 73%; la capacidad de respuesta 67%, y la comodidad de las instalaciones 72%. Mientras la accesibilidad y ciertos aspectos organizativos son más citados como causas de insatisfacción. Sobre la calidad de la información facilitada por el personal sanitario: el 60% encuentran que la información no fue clara ni comprensible, la información fue escasa sobre los riesgos del diagnóstico y el tratamiento (38,81%). El 73% de los usuarios manifiestan haber recibido información de las medidas de seguridad que deben de conocer durante su hospitalización. Es de destacar que el 9% de los pacientes ha sufrido algún tipo de incidente: Un 3% fue confundido y un 4 % sufrió una caída. Aunque no son cifras alarmantes el resultado ideal debería de ser 0%. En la escala numérica del 1 al 10 en la que el paciente señaló el grado de recomendación del Servicio a un familiar, la media de todos los encuestados que contestaron a esta pregunta es de 9.

CONCLUSIONES

Conclusiones Al analizar el grado de satisfacción del usuario detectamos qué se tendrá que hacer especial énfasis en: Falta disposición para resolver dudas sobre pautas a seguir tras el alta y la insuficiente y poco clara explicación de los procedimientos durante su realización Existen en nuestro estudio determinadas limitaciones que podrían condicionar la validez externa de los resultados como el sesgo de ser el propio profesional que los atiende habitualmente el que le entrega y recoge la encuesta, y las respuestas obtenidas pueden ser sesgadas. La mayoría de las encuestas en este caso dan respuestas excesivamente favorables, excepto algunos pacientes que por presentar una insatisfacción considerable se deciden a "hablar claro y responden negativamente a las preguntas". La fiabilidad es por lo tanto baja, sin embargo no es óbice para intentar perfeccionar estos instrumentos en el futuro.

G-03 COORDINACIÓN DE LA ATENCIÓN A LOS PACIENTES AFECTOS DE ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA A TRAVÉS DE LA GESTIÓN DE CASOS HOSPITALARIOS & MEDICINA INTERNA

J. Alejo Ortigón Gallego¹, C. Nevado Barbero¹, D. Pérez Tejero², C. Losada Morell³, I. Mejías Real⁴, L. Montero Rivas⁴, C. Aranda Valle⁴

¹Enfermería Gestora de Casos, ²F.E.A. Neumología-Medicina Interna, ³Nutrición Clínica-Medicina Interna, ⁴F.E.A. Medicina Interna. Hospital Infanta Margarita. Cabra (Córdoba)

OBJETIVOS

Crear una infraestructura y articular los circuitos adecuados utilizando todos los recursos disponibles que nos permitan: -Captación precoz de pacientes afectados de Esclerosis Lateral Amiotrófica (E.L.A.). -Valoración y seguimiento de los mismos desde la Unidad de Gestión Clínica de Medicina Interna (neumología, medicina interna y unidad de nutrición). -Gestión de citas unificadas: ACTO ÚNICO. -Coordinación Interniveles e Interhospitalares y valoración multidisciplinar. -Registro de casos.



MATERIAL Y MÉTODO

Desde el año 2008 se viene captando para el seguimiento de la atención asistencial y de la evolución de la enfermedad a los pacientes con Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA) Se identifica la población susceptible de intervención mediante derivación a la Enfermería Gestora de Casos Hospitalarios adscrita a la Unidad de Gestión Clínica de Medicina Interna desde nuestro Hospital de referencia, (H. U. Reina Sofía de Córdoba), con informes clínicos de cada caso así como las necesidades de cada paciente que deben ser cubiertas por nuestro hospital. Inicialmente se llevan a cabo gestiones de citas en acto único para revisiones por Consultas Externas en la UGC de Medicina Interna (Servicios de Medicina Interna) - Neumología - Nutrición Clínica, UGC de Rehabilitación, - Gestoría de Usuarios y otros (UGC farmacia, UGC de ORL, transporte sanitario y otros Servicios o UGC cuya actuación se requiera).

RESULTADOS

Desde la puesta en marcha de nuestra actuación en el año 2008 se han atendido un total de ocho casos de ELA adscritos a la población de referencia de nuestro hospital: 4 casos de Lucena, 2 casos de Priego de Córdoba, 2 casos de Cabra Los ocho casos se han gestionado en acto único, la mayoría con los recursos disponibles en la UGC de Medicina Interna (medicina interna, neumología, nutrición, enfermería gestora de casos), en coordinación con la UGC de aparato locomotor dadas las características clínicas de esta enfermedad. Uno de los casos requirió coordinación multidisciplinaria e interniveles más compleja implicando a profesionales de ORL, + INTENSIVISTA, + NEUMOLOGÍA, + NUTRICIÓN, + TRANSPORTE SANITARIO MEDICALIZADO. La coordinación a través de los teléfonos corporativos permitió la asistencia secuencial de los profesionales. En la actualidad, han sido éxitos 2 de los casos por el progresivo avance de la enfermedad, logrando en ambos que el deceso se produjera en el domicilio. El resto aún vive, con aceptable calidad de vida, cuidados por familiar de referencia a la que desde Enfermería Gestora de Casos de los Centros de Salud correspondientes, le ha sido adjudicadas la tarjeta +Cuidado como Cuidadoras Principales para favorecer su labor y evitar en los posible la claudicación del cuidador.

DISCUSIÓN

La colaboración interdisciplinaria e interniveles es fundamental en la aproximación al manejo de los pacientes con ELA. La coordinación realizada por la enfermería gestora de casos entre la familia y los facultativos de las UGC y servicios implicados se muestra como la piedra angular de la atención a estos pacientes. La creación de una estructura como la descrita facilita el manejo de los pacientes con ELA y favorece la formación y coordinación de los profesionales implicados. La actividad realizada nos permitió conseguir otros objetivos secundarios (satisfacción del cuidador y de los profesionales, muerte digna en domicilio, retrasar la claudicación del cuidador).

CONCLUSIONES

La coordinación en la asistencia especializada a través de la Enfermería Gestora de Casos y los distintos especialistas que requieren los casos de ELA es posible y además necesaria.

G-05 ANÁLISIS DE LA ESTANCIA HOSPITALARIA PREVISTA EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

P. Conde Baena, N. Navarrete Navarrete, J. Ramírez Taboada, J. Serrano Martínez, J. Sabio Sánchez, J. Arrebola Nacle, J. Jiménez Alonso
Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada

OBJETIVOS

Analizar las características de los pacientes ingresados en nuestro servicio y estimar el grado de concordancia entre la estancia hospitalaria real y la estimada en el momento de su ingreso.

MATERIAL Y MÉTODO

Los pacientes ingresados desde urgencias durante 2010 en nuestro servicio se asignaron a uno de los siguientes 2 grupos en función de la estancia prevista: "corta estancia hospitalaria" (CE ≤ 10 días) y "larga estancia hospitalaria" (LE). Analizamos y comparamos las características demográficas y clínicas de 758 pacientes. Se realizó análisis bivariante para todas las variables de interés. Utilizamos test no paramétrico para las variables cuantitativas y la chi-cuadrado de Pearson o Fisher para las cualitativas. Se consideró significativo un nivel $p < 0.05$.

RESULTADOS

La edad media de los pacientes fue 77 ± 12 años, 54% mujeres. El 89,4% tenían varios motivos de ingreso. Los motivos de ingreso y AP fueron similares en ambos grupos, salvo las úlceras cutáneas, que se asociaron con la previsión de estancia prolongada. Hubo más discordancia con la estancia real en los asignados a LE, siendo factores influyentes en ello los AP ACV y EPOC.

DISCUSIÓN

Los motivos de ingreso principales son similares en ambos grupos y corresponden a los 3 GRDs más frecuentes en MI. Es probable que el exitus de los pacientes más graves, con más frecuencia asignados a LE, en los primeros 10 días de ingreso explique la discordancia en este grupo.

CONCLUSIONES

Las características clínicas de los pacientes con estancia esperada más o menos prolongada son similares. La estimación de la estancia en función de la impresión del clínico con frecuencia no se corresponden con la real.

G-06 ¿SE RESPETAN EFICAZMENTE LOS DERECHOS DE NUESTROS/AS USUARIOS/AS?

J. Pino Ruiz
Servicio de Medicina Interna. Hospital Provincial. Córdoba

OBJETIVOS

En el Servicio Andaluz de Salud se contempla toda una serie de DERECHOS Y DEBERES de nuestros usuarios y podemos apreciar carencias esenciales en cuanto



al derecho elemental que tiene el usuario del Servicio Andaluz de Salud a tener acceso y a la utilización de los recursos de una manera óptima. En ocasiones nos limitamos a la prestación de unos servicios de salud con unos recursos sanitarios que adolecen de elementos básicos como el derecho a tener una estancia en nuestras instalaciones con un mínimo de calidad con respecto a aspectos como: a) Su propia seguridad. b) Estabilidad emocional. c) Una adecuada cadena alimentaria. d) Salud-seguridad. e) Derecho al descanso. f) Coordinación de los diferentes Servicios. g) Guerra al ruido.

MATERIAL Y MÉTODO

El estudio parte desde el día 1 de Septiembre del 2010 al 1 de Febrero del 2011. Análisis de la situación de nuestras plantas de hospitalización. Valorar la actividad asistencial dentro de nuestras Unidades. Protección de la Salud, dentro del actual Sistema. Las habitaciones son amplias y poseen dos camas, dos sillones y dos sillas. Valorar dietas y su utilidad. El horario de visita y estancia no está controlado ni reglado. Son frecuentes los traslados a la Unidad de usuarios/as durante la madrugada.

RESULTADOS

Más del 85% muestra su malestar por los ruidos en la Unidad. Más apreciable por la noche. La comida tiene una importancia elevada. Alimentos más habituales por grupo, procesos culinarios utilizados y descripción del alimento que componen el plato principal y las guarniciones, presentación, temperatura y variedad son objeto de debate. Existe notable malestar entre los profesionales y usuarios por los traslados nocturnos (muy frecuentes en la Unidad desde las 1:30 hasta las 5 horas). La presencia de personas (visitas, familiares y otros; -vendedores, ofrecimiento de servicios de acompañamiento, descuidados... Alteran la calidad en la prestación de servicios que le debemos a nuestros usuarios/as. Día 19 de Marzo, entre las 4 y 4 y 30 minutos de la madrugada se producen tres ingresos de usuarios en las habitaciones 803 cama 2, 805 cama 2 y en la 811 cama 2, con el consiguiente ruido y perjuicio al descanso del resto de usuarios. Día 30 de Marzo, ingreso a las 2:35 horas de joven 26 años en habitación 814-1, (el usuario de la 814-2 ingresó a las 24 horas solo, desorientado, ansioso). Es una realidad harto frecuente. Denuncia al Defensor del Pueblo Andaluz, cuya respuesta es, que según el Director Gerente del Reina Sofía, los traslados en nuestra Unidad se producen entre las 17 y 19 horas de la tarde, que están programados, y que los ingresos de madrugada son excepcionales. A lo largo del año son frecuentes los ingresos de madrugada (Usuarios solos, sin que la familia sepa del traslado, o traslados después de estancias superiores a más de 24 horas en Observación o Urgencias del Reina Sofía).

DISCUSIÓN

Es preciso solventar las deficiencias detectadas con respecto a las dietas, existencias de medicamentos, ruido, etc. Es preciso un control de personas en nuestras instalaciones. No puede ser que la presencia de personas ajenas a la Institución alteren la marcha de nuestras Unidades, y sobre todo, que se vulneren derechos elementales que asisten a nuestro usuario/as a gozar de una seguridad física, psíquica y emocional, y que son merecedores de una atención integral con acuerdo a la propia normativa de la Consejería de Salud.

CONCLUSIONES

Los menús ofertados detectan ciertas desviaciones por defecto de verdura fresca y de fruta. La verdura debe incluirse proporcionalmente como plato principal y guarnición. Debe incluirse proporcionalmente como plato principal el pescado azul frente al blanco. Es necesario desarrollar una estrategia de comunicación institucional para corregir y consolidar un control adecuado en nuestras Unidades, para potenciar el descanso, la seguridad de nuestros/as usuarios/as y por consiguiente evitar dentro de lo posible los robos y descuidos que afectan a las personas y a nuestras propias instalaciones. Una denuncia realizada en 2010 al defensor del Gobierno Andaluz sobre los traslados habituales que se realizan de madrugada tuvo como respuesta que son excepcionales y que los traslados según la Dirección Gerencia están programados entre las 17 y 19 horas. Es obvio que es falso.

Insuficiencia Cardíaca (IC)

IC-01 UTILIDAD DIAGNÓSTICA Y LIMITACIONES DEL BNP EN EL DIAGNÓSTICO DE INSUFICIENCIA CARDÍACA EN URGENCIAS

J. Blanch Falp¹, D. Blancas Altabella¹, A. Cardiel Bun¹, N. Bordón García¹, J. Donaire Benito², L. Ivanov¹, J. Torne Cachot¹, J. Baucells Azcona¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Urgencias. Hospital Residència Sant Camil. Sant Pere de Ribes (Barcelona)

OBJETIVOS

Determinar la utilidad del péptido natriurético cerebral (BNP) en pacientes que acuden al Servicio de Urgencias por disnea en un Hospital Comarcal. Valorar si la edad, sexo o función renal influyen en el resultado.

MATERIAL Y MÉTODO

Se incluyeron en forma consecutiva todos los pacientes que acudieron a Urgencias por disnea durante el periodo de estudio. Como Gold Standard se utilizó el criterio de dos especialistas en forma ciega, basado en la clínica, las pruebas complementarias y la respuesta al tratamiento. La evaluación del BNP se hizo como variable cuantitativa (curva ROC) y en forma dicotómica.

RESULTADOS

Se incluyeron 167 pacientes con una edad media de 74 años, el 81% tenía más de 65 años, siendo el 54% mujeres. El 48% tenía un MDRD < de 60 y un 9% < de 30. El diagnóstico fue de insuficiencia cardíaca (IC) en el 35%. El 25% de los pacientes con IC tenían antecedentes de neumopatía crónica. La media de BNP fue superior en los pacientes con IC 885 vs 129 pg/ml (p 0.000). El área bajo la curva (ABC) ROC fue de 0,96, siendo el mejor punto de corte de 359 con una S del 81% y una E del 94%. Un valor superior o inferior a 360 tenía una S del 81%, E del 94%, VPP del 89%, VPN del 90% y un CPP de 14,64. Un BNP menor de 100 tenía un VPN del 100% y superior a 400 un VPP del 94%. Los pacientes con una edad mayor de 80 años o un MDRD < 60 tenían



una cifra de BNP mayor, no obstante en estos pacientes un punto de corte de 400, mantiene un VPP del 94% y un VPN del 83-85% y una cifra menor a 100 un VPN del 100%.

DISCUSIÓN

La edad, sexo, función renal, fibrilación auricular e IMC pueden afectar los niveles de BNP. No está definido cual es el mejor punto de corte en estas situaciones y su repercusión en la práctica clínica habitual. En nuestro estudio la edad > de 80 años y un MDRD < de 60 aumentaron la cifra de BNP, no el sexo femenino como en otros estudios.

CONCLUSIONES

1- Un BNP < 100 tiene un VPN del 100% y un BNP > 400 tiene un VPP del 94%. 2- La edad > de 80 años y el MDRD < de 60 aumentan la cifra de BNP pero no alteran la probabilidad de tener o no IC con los puntos de corte anteriores.

Relación entre la edad, el sexo, el MDRD y la cifra de BNP (IC-01)

| | Insuficiencia cardíaca BNP pg/ml | No insuficiencia cardíaca BNP pg/ml | ABC Punto corte (PC) S y E |
|---------------------------------|-------------------------------------|--|---|
| Edad < 80 años > 80 años | p 0.183 738 994 | p 0.001 96 194 | Edad > 80 ABC 0,92 PC 415 S 79% E 97 % |
| Sexo Varón Mujer | p 0.097 1081 760 | p 0.999 130 130 | |
| MDRD ml/ min < 60 > 60 | p 0.019 1013 637 | p 0.001 198 88 | MDRD < 60 ABC 0,93 PC 402 S 82% E 95% |

IC-02 DIFERENCIAS SEGÚN LA NACIONALIDAD EN LA INSUFICIENCIA CARDÍACA SISTÓLICA EN UN HOSPITAL COMARCAL

L. Pérez Belmonte, M. Platero Sánchez-Escribano, J. Costan Rodríguez, M. Blanco Díaz, M. Loring Caffarena, M. Delgado Martínez, P. Medina Delgado, F. Zafra Sánchez

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

OBJETIVOS

Identificar las variables diferenciadoras en pacientes con insuficiencia cardíaca con fracción de eyección ventricular izquierda (FEVI) inferior al 50% ingresados en nuestro servicio atendiendo a su nacionalidad.

MATERIAL Y MÉTODO

Análisis descriptivo transversal de los pacientes con insuficiencia cardíaca sistólica ingresados en nuestro servicio desde mayo de 2006 a junio de 2010. Hemos dividido a los pacientes en dos grupos: los nacionales y los extranjeros. Se han revisado los

informes de alta de los pacientes ingresados en nuestro servicio por cualquier motivo y que tenían una insuficiencia cardíaca sistólica objetivada mediante ecocardiografía en el período de estudio. Analizamos datos demográficos, hábitos tóxicos, comorbilidad, número de ingresos en el período, estancia y mortalidad intrahospitalaria. Se realizó un análisis estadístico bivalente, comparando las variables cualitativas con el test de Chi2 y las cuantitativas con el test de la t de Student.

RESULTADOS

Se incluyeron un total de 280 pacientes, de los que 222 (79,3%) eran españoles y 58 (20,7%) extranjeros de mayoría británica y alemana. La mediana de la edad para los españoles es de 72,5 años y para los extranjeros

70. La FEVI media entre los nacionales es de 36,15 y para los foráneos de 35,74. En cuanto al sexo decir que el 69,8% de los españoles son varones por el 86,2% de los extranjeros (p=0,012). El consumo de alcohol se muestra mucho más elevado entre los extranjeros (51,7 vs 11,7%, p<0,0001). Otro factor significativo que diferencia a ambos grupos es la diabetes, más frecuente en los nacionales (46,8 vs 24,1%, p=0,002). Los españoles también ingresan más y su estancia es mayor siendo respecto a los extranjeros, 2,1±1,71 vs 1,48±1,14 ingresos (p=0,001), y 22,49±21,48 vs 16,95±12,95 días (p=0,004), respectivamente. La hipertensión arterial, dislipemia, fibrilación auricular y coronariopatía no se muestran como variables diferenciadoras entre los dos grupos.

DISCUSIÓN

Los resultados arrojan diferencias importantes y algunas de las variables se muestran como variables diferenciadoras de una población respecto a la otra, debidas en gran parte al diferente perfil clínico entre un grupo de pacientes y otro. Tanto en una población como en otra la insuficiencia cardíaca sistólica se muestra como una patología crónica con grandes comorbilidades, lo que genera estancias prolongadas en nuestro servicio y en muchas ocasiones varios ingresos hospitalarios.

CONCLUSIONES

La población extranjera, sobre todo noreuropea supone una parte muy importante de nuestra tarea asistencial y por tanto conocer las características de dichos pacientes debe ser muy tenido en cuenta para abordar sus principales problemas clínicos.

IC-03 CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA SISTÓLICA SEGÚN LA EDAD

L. Pérez Belmonte, M. Platero Sánchez-Escribano, J. Costan Rodríguez, M. Blanco Díaz, M. Loring Caffarena, M. Delgado Martínez, M. Guil García
Servicio de Medicina Interna. Hospital Comarcal de la Axarquía. Vélez-Málaga

OBJETIVOS

Examinar los factores caracterizadores de los pacientes con insuficiencia cardíaca ingresados en nuestro servicio, con fracción de eyección inferior al 50%, atendiendo a la edad.



MATERIAL Y MÉTODO

Análisis descriptivo transversal de los pacientes con insuficiencia cardíaca sistólica ingresados en nuestro servicio desde mayo de 2006 a junio de 2010. Hemos dividido a los pacientes en dos grupos: los de 70 años o más y los menores de esta edad. Se han revisado los informes de alta de los pacientes ingresados en nuestro servicio por cualquier motivo y que tenían una insuficiencia cardíaca sistólica objetivada mediante ecocardiografía en el período de estudio. Analizamos datos demográficos, hábitos tóxicos, comorbilidad, número de ingresos en el período, estancia y mortalidad intrahospitalaria. Se realizó un análisis estadístico bivalente, comparando las variables cualitativas con el test de Chi2 y las cuantitativas con el test de la t de Student.

RESULTADOS

Se incluyeron un total de 280 pacientes, de los que 162 pacientes (57,85%) tenían 70 años o más y 118 tenían menos de 70 años (42,15%). Los pacientes más ancianos tienen una FEVI media del 36,66% (vs 35,25%) y una edad media de 78,18 (vs 59,4 años). Estos pacientes además se muestran más hipertensos (82,1% vs 64,4%, $p=0,001$), diabéticos (47,5% vs 34,7%, $p=0,044$) y con fibrilación auricular (39,5% vs 22,9%, $p=0,005$). En cambio los menores de 70 años consumen más tabaco (41,5% vs 10,5%, $p<0,0001$) y más alcohol (29,7% vs 13%, $p=0,003$). También entre éstos hay más varones (86,4% vs 63,6%, $p<0,0001$). No se muestran diferencias significativas en cuanto a la dislipemia, cardiopatía isquémica, muerte intrahospitalarios, número de ingresos, estancia y nacionalidad.

DISCUSIÓN

Los resultados arrojan diferencias importantes y algunas de las variables se muestran como variables diferenciadoras de una población respecto a la otra, entre ellas la hipertensión, la diabetes, la fibrilación auricular que son más frecuentes entre los de 70 años o mayores, como también ocurre en algunos trabajos. En cambio los menores de esta edad consumen más tóxicos y tienen una proporción de varones mayor. En cambio, al contrario que en otros estudios, no encontramos diferencias entre los grupos atendiendo al número de ingresos, estancias ni exitus intrahospitalario.

CONCLUSIONES

Los pacientes con insuficiencia cardíaca sistólica constituyen una población mayoritariamente anciana, por lo tanto, conocer el perfil de nuestros pacientes según su edad nos puede ayudar a abordarlos de forma más orientada y según sus comorbilidades puede suponer una evolución diferente.

Inflamación/ Enfermedades Autoinmunes (IF)

IF-01 SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON L.E.S EN UN HOSPITAL COMARCAL

J. Prado Mediano¹, M. Lozano Fernández-Salguero², P. Carrillo¹, M. Ibars¹, B. Martín¹, J. González¹

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital la Inmaculada. Huércal-Overa (Almería)

²Servicio de Nefrología. Casa de Reposo y Sanatorio del Perpetuo Socorro, S.A. Alicante

OBJETIVOS

El seguimiento de pacientes con LES en consulta de M. Interna de Enfermedades Autoinmunes se realiza con el índice SLEDAI, que ha demostrado ser un buen índice para valorar y prever el estado de actividad de la enfermedad.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo transversal de 27 pacientes valorados en la consulta de Enfermedades Autoinmunes del Hospital la Inmaculada de Huércal-Overa (Almería), en el intervalo de tiempo que va desde Enero 2010-2011. Se utilizó el índice SLEDAI valorando los parámetros siguientes: con 8 puntos: convulsiones, psicosis, síndrome orgánico cerebral, alteraciones visuales, pares craneales, vasculitis; con 4 puntos: miositis, artritis, cilindros urinarios, hematuria, proteinuria, piuria; con 2 puntos: exantema nuevo, alopecia, úlceras bucales, pleuritis, pericarditis, complemento, Anti-DNA; con 1 punto: fiebre, trombopenia, leucopenia, presentes el día de la consulta o 10 días antes.

RESULTADOS

27 pacientes mujeres con edades comprendidas entre 30-67 años, con edad media de diagnóstico 29.5 años. Con 51 pto tenemos: 1; con 35 pto: 1; con 21 pto: 5; con 19 pto: 2; con 18 pto: 2; con 16 pto: 2; con 14 pto: 1; con 12 pto: 3; con 11 pto: 1; con 10 pto: 1; con 7 pto: 1; con 6 pto: 2; con 4 pto: 4; con 0 pto: 1. De los cuales 9 pacientes con órganos afectados con 8 pto destacando 5 con cefaleas, 2 con uveítis, 1 con psicosis y 1 con parestesia facial. 18 pacientes con 4 pto destacando 16 con artritis y 7 con alteraciones renales. 24 pacientes con 2 puntos de los cuales 24 con exantemas y 5 con afectación pleuro-pericárdica. 11 pacientes con 1 punto. Todos estos valores están presentes en la revisión o 10 días antes.

DISCUSIÓN

Tres clases de parámetros se identifican para describir el resultado de este test (actividad de la enfermedad, el daño de la enfermedad y el estado de salud). Los valores de la prueba están entre 0-105, pero la mayoría de los pacientes no pasan de 45 pto. En nuestra serie de 27 pacientes hay 1 solo paciente con 51 punto que se ingreso para intensificación tratamiento corticoideo, los otros 26 por debajo de 35 puntos. Destacando el grueso de los pacientes (20 casos) que representa el 74% por debajo de 19 puntos. De esta forma nos parece que el SLEDAI es un buen índice de validación para valorar y prever la actividad de la enfermedad, ya que los parámetros de actividad de la enfermedad y órganos más importantes están menos afectados en nuestra serie.

CONCLUSIONES

Es un buen índice de control de la enfermedad por su sensibilidad.

Riesgo Vascular (RV)

RV-01 FRECUENCIA DE TOS POR IECA EN UNA CONSULTA DE HTA

J. Santos Morano¹, S. Rodríguez Hernández², A. Grilo Reina¹

¹Servicio Medicina Interna, ²Servicio Urgencias y Cuidados Críticos. Hospital Nuestra Señora de Valme (Sevilla)



OBJETIVOS

Conocer que IECA produce tos con mayor frecuencia en una serie de pacientes tratados en una consulta hospitalaria de HTA y Riesgo Cardiovascular.

MATERIAL Y MÉTODO

Se incluyó en el estudio a 229 pacientes con una edad media de 58.9 +/- 12 años, de los cuales el 52.8 % eran hombres y el 47.2 % eran mujeres, que realizaban tratamiento con un IECA. Las variables cualitativas fueron resumidas mediante frecuencias y porcentajes y el análisis de los datos se realizó con el paquete estadístico SPSS.

RESULTADOS

La frecuencia de tos en nuestra serie fue (en orden descendente): captopril 82,7 %, Quinalapril 60 %, ramipril 50%, enalapril 45,8%, lisinopril 28,5 %. El IECA más utilizado fue el enalapril (44,7%) seguido de ramipril (15,8%), captopril (13,5%), quinalapril (9,3%) y lisinopril (3,3%).

DISCUSIÓN

La tos seca es uno de los efectos indeseables más frecuente de los IECA. En muchos casos obliga a la suspensión del fármaco en pacientes hipertensos que estaban bien controlados. En la actualidad existe una amplia batería de estos fármacos aunque, hasta ahora, se han realizado pocos estudios que comparen la incidencia de tos entre los distintos IECA. Creemos que estos datos podrían ser útiles a la hora de la elección del tipo de IECA que vamos a prescribir.

CONCLUSIONES

El captopril es el IECA que con mayor frecuencia produce tos en nuestra serie. En cambio el enalapril es de los que la producen con menor frecuencia a pesar de ser, claramente, el más utilizado. Creemos que sería necesaria la realización de nuevos estudios para valorar este aspecto ya que supondría una ayuda importante a la hora de que podamos realizar una correcta prescripción de estos fármacos.

Frecuencia de tos por IECA (RV-01)

| Fármaco | TOS SI | TOS NO | % TOS | N |
|-------------|--------|--------|-------|----|
| captopril | 24 | 5 | 82 | 29 |
| ramipril | 17 | 17 | 50 | 34 |
| enalapril | 44 | 52 | 45 | 96 |
| lisinopril | 2 | 5 | 28 | 7 |
| quinalapril | 12 | 8 | 60 | 20 |
| otros | 17 | 12 | 58 | 29 |
| perdidos | 13 | 1 | 92 | 14 |

RV-02 FACTORES QUE MODIFICAN LA FUNCIÓN ENDOTELIAL EN PACIENTES VIH

J. Santos Morano¹, S. Rodríguez Hernández², M. Martín Ponce¹, A. Grilo Reina¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Urgencias y Cuidados Críticos. Hospital Nuestra Señora de Valme. Sevilla

OBJETIVOS

Valorar la función endotelial mediante FDDL, en pacientes con infección por el VIH con y sin tratamiento antirretroviral.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo transversal en el que se incluyeron pacientes diagnosticados de infección por VIH remitidos a una consulta especializada de Enfermedades Infecciosas del Hospital Universitario de Valme. Las variables recogidas fueron por un lado todos los factores de riesgo cardiovascular y datos referentes a la infección por el VIH a través de la historia clínica y los parámetros de función endotelial medidos mediante FDDL. El análisis estadístico se realizó utilizando el programa SPSS 12.0.

RESULTADOS

Se incluyeron en el estudio 18 pacientes con una mediana (Q1-Q3) de edad de 46 (40-48) años de los que el 72 % eran varones. La mayoría realizaba tratamiento con un análogo más un no análogo (72 %) frente a un análogo más un IP (22%). 1 paciente (5%) no realizaba tratamiento. De los que recibían análogos, 6 (33%) tomaban Abacavir. En cuanto a los factores de riesgo cardiovascular, la hipercolesterolemia era el más frecuente (61%) seguido de tabaquismo (55,6%) e hipertrigliceridemia (44,4%). No había ningún paciente hipertenso ni diabético. La mediana del IMC era de 24 (22-26). Por otro lado, la mediana de tiempo de diagnóstico de VIH era de 12 años (10-18) y todos tenían carga viral indetectable y niveles de CD4 por encima de 500. En el análisis univariante el IMC ($p=0,03$), realizar tratamiento actual con ABC ($p=0,03$), tiempo total de tratamiento con ABC ($p=0,01$) y tiempo total de tratamiento con IP ($p=0,04$) se relacionaban con AH menores. El tratamiento actual con IP no llegó a la significación estadística ($p=0,09$).

DISCUSIÓN

Existen múltiples evidencias de que los pacientes infectados por el VIH tienen un mayor riesgo de desarrollar enfermedad cardiovascular arteriosclerótica. Dichas evidencias provienen tanto de estudios cuyas variables primarias han sido las propias manifestaciones clínicas de enfermedad como diversos marcadores de arteriosclerosis prematura y disfunción endotelial (flujo mediado por ecografía-doppler -FMD-, FDDL,...). En los últimos años están apareciendo numerosos estudios transversales tanto en adultos como en niños, la mayoría con escaso número de pacientes, que evalúan la disfunción endotelial mediante FMD. En estos estudios se observa que la mayor disfunción endotelial en pacientes VIH está relacionada con el propio virus, con los FRCV clásicos y con el TARGA. La relación más clara se da con los inhibidores de la proteasa (IP), aunque hay estudios en sanos en los que no empeora la función endotelial con



dichos fármacos. En cuanto a los inhibidores de la transcriptasa inversa análogos de nucleósidos existen estudios in vitro y en ratas con zidovudina y más recientemente con abacavir (ABC) que demuestran empeoramiento de la función endotelial con respecto a otros antirretrovirales. En la actualidad no existen estudios amplios que estudien la disfunción endotelial mediante FDDL en pacientes infectados con el VIH.

CONCLUSIONES

Los pacientes que tienen una peor función endotelial son aquellos que están en tratamiento con IP o, como se ha visto en estudios recientes, con Abacavir y aquellos con un IMC mayor.

RV-03 ESTUDIO DE PREVALENCIA DEL RIESGO CARDIOVASCULAR EN PRISIONES (ESTUDIO EPRICAP)

M. Pérez Tristancho¹, J. Espinosa Gallardo², M. Raffo Márquez¹, J. Morejón Parrales², L. López Carrasco², I. Suárez Lozano³

¹Servicio de Medicina Interna, ²Centro Penitenciario Huelva, ³UGC Medicina Interna- Infeccioso. Hospital Comarcal Infanta Elena. Huelva

OBJETIVOS

Las enfermedades cardiovasculares en su conjunto son la primera causa de muerte para el conjunto de la población española, originando en 2006 un total de 120.760 muertes. La prevalencia de los factores que determinan el riesgo cardiovascular (FRCV) en la población general española ha sido analizada previamente por diversos autores. Sin embargo existen pocos estudios dirigidos a determinar su prevalencia en poblaciones especiales y las personas internadas en una institución penitenciaria son una de ellas. El propósito de este estudio es determinar la prevalencia de los factores de riesgo cardiovascular en un centro penitenciario.

MATERIAL Y MÉTODO

Ámbito del estudio: Centro Penitenciario Tipo Diseño: Estudio Trasversal Descriptivo (Prevalencia) con recogida de datos mediante una encuesta sobre Factores de Riesgo Cardiovascular, específicamente diseñado para el estudio. Se incluyeron todos los internos del centro penitenciario que aceptaron voluntariamente participar mediante consentimiento escrito. Se recogieron datos sociodemográficos, antecedentes familiares y personales de enfermedad cardiovascular, el peso, talla, perímetro abdominal y la presión arterial. Se seleccionaron los puntos de corte recomendados por el National Cholesterol Education Program Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III) para las determinaciones de colesterol, triglicéridos, HDL y LDL colesterol. Para la descripción de variables continuas se utilizaron medidas de tendencia central y proporciones para las variables cualitativas. Aspectos Éticos: El estudio, aprobado por el Gabinete Técnico de la Secretaria General de Instituciones Penitenciarias, se realizó siguiendo las recomendaciones para orientar a los médicos en la investigación biomédica con seres humanos adoptadas por la Asamblea Médica Mundial Helsinki.

RESULTADOS

Se incluyeron 1237 sujetos (5,60% mujeres), edad media de 37,2 años (DE 10,31; rango 19-78). El 67,9% pertenecían a estrato social bajo, el 76% solo tenían estudios primarios o ninguno y el 24% inmigrantes. El 80% eran fumadores. Un 29 % tenían hipertensión, hipercolesterolemia 31%, hipertrigliceridemia el 12%, HDL bajo 52%, LDL elevado 30,3% y diabetes el 6%. El 54,3% tenían un IMC superior a 25 y el 20,6% obesos. El 37,4% tenían antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular (ECV), el 15,4% habían sido diagnosticados de una ECV previa. La proporción de sujetos con 0, 1, 2 o más factores de riesgo fue del 5,50%, 23,85% y 70,65%. El porcentaje de sujetos con dislipidemia fue del 64,83%.

CONCLUSIONES

La población penitenciaria está integrada por adultos jóvenes, de estrato social bajo y bajo nivel de instrucción, características que definen a un colectivo vulnerable desde el punto de vista sanitario. El tabaquismo constituye el FRCV más frecuente de la población reclusa muy por encima de la población general, lo que deberá condicionar futuras respuestas del dispositivo sanitario en las áreas de prevención y tratamiento de esta adicción. La prevalencia de otros FRCV es parecida a la de la población general para los mismos rangos de edad. Teniendo en cuenta sus características sociodemográficas y la oportunidad que brinda su estancia en prisión, deberían implementar programas de educación sanitaria adaptados a sus necesidades. La validez externa del estudio al haberse realizado en un único centro penitenciario es su mayor debilidad por lo que sería aconsejable hacer un estudio multicéntrico.

RV-04 TRATAMIENTO DE LOS FACTORES DE RIESGO VASCULAR EN PACIENTES INGRESADOS EN CARDIOLOGÍA Y MEDICINA INTERNA DE UN HOSPITAL GENERAL

S. Domingo Roa, G. Parra García, C. Maldonado Úbeda, G. López Lloret, P. Sánchez López, M. Esteban Moreno, M. Martínez Cortés, F. Díez García
Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Torrecárdenas. Almería

OBJETIVOS

Analizar los tratamientos indicados en los informes de alta de los pacientes con factores de riesgo cardiovascular (obesidad, tabaquismo, diabetes mellitus, hipertensión arterial y dislipemia) que ingresan en servicios médicos de nuestro Hospital. Así mismo, valorar si dichos tratamientos constan de manera clara para favorecer cumplimiento por parte del paciente.

MATERIAL Y MÉTODO

Se analizaron los informes de alta de pacientes ingresados en los servicios de Medicina Interna (MI) ó Cardiología de nuestro Hospital durante el año 2010. Se realizó un estudio retrospectivo seleccionando de forma aleatoria a 430 pacientes. Se recogió información sobre los FRCV presentes, Evento Cardio-Vascular (ECV) y tratamiento prescrito. Además, se valoró si dicho tratamiento estaba actualizado y detallado de forma clara en los informes de alta. Los resultados se obtuvieron con el programa estadístico SPSS versión 18.



RESULTADOS

Se estudiaron 430 pacientes, de los cuales 297 (69%) ingresaron en MI y 133 (31%) en el de Cardiología. Presentaron criterios de ECV establecida 282 pacientes (66%). En pacientes sin ECV los fármacos usados con mayor frecuencia fueron antihipertensivos (61.6%) y antiagregantes/anticoagulantes (51%). Respecto a este grupo, en los pacientes con ECV se prescribieron antihipertensivos (82.6%), antiagregantes (62.4%) e hipolipemiantes (48%) con mayor frecuencia, estadísticamente significativa. No hubo diferencias en consejos higiénico-dietéticos, uso de antidiabéticos o anticoagulación oral. El tratamiento prescrito al alta se detalla con frecuencia en ambos grupos (no ECV 64.9%, sí ECV 67.1%, p 0.625). En el conjunto de pacientes, el tratamiento estaba actualizado en el 66% de los informes de alta; el 25% lo detallaba en los antecedentes personales y el 8.6% recomendaba continuar con su tratamiento habitual.

CONCLUSIONES

Los fármacos que tratan los factores de riesgo vascular son de uso muy frecuente en pacientes dados de alta en Medicina Interna y Cardiología, especialmente en pacientes con ECV establecida. El consejo higiénico-dietético se recomienda sólo en algo más de la mitad de los pacientes. Tras el ingreso hospitalario, no se actualiza el tratamiento cardiovascular en una de cada tres altas.

Tabla (RV-05)

| | HIGIENICO-DIETÉTICO | ANTI-HTA | ANTI-DM | HIPOLIPEMIANTE | ANTI-GREG. | ANTI-COAG. |
|-----------------------|---------------------|-------------|-------------|----------------|--------------|------------|
| NO ECV (118 pac, 34%) | 112 (54.9%) | 125 (61.6%) | 75 (36.9%) | 53 (26.1%) | 46 (38.98%) | 25 (12.4%) |
| SÍ ECV (282 pac, 66%) | 141 (62.9%) | 181 (82.6%) | 104 (47.5%) | 105 (47.9%) | 176 (62.41%) | 29 (13.1%) |
| | p 0.91 | p <0.001 | p 0.029 | p <0.001 | p <0.001 | p 0.83 |

RV-06 CONTROL DE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA CRÓNICA EN UN HOSPITAL COMARCAL

A. Ruiz Serrato¹, M. Guerrero León¹, M. Vallejo Herrera¹, N. García Agua Soler², J. Villar Jiménez¹, M. García Ordóñez¹

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital de Antequera. Antequera (Málaga)

²Departamento de Farmacología. Facultad de Medicina. Universidad de Málaga. Málaga

OBJETIVOS

Describir la prevalencia de los factores de riesgo cardiovascular en pacientes con cardiopatía isquémica crónica. Valorar el grado de control de estos factores, adecuándose a los objetivos a alcanzar en prevención secundaria.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo, transversal. 150 pacientes asistidos en consultas externas de cardiología de manera consecutiva, en seguimiento por c. isquémica crónica. De la historia clínica se extraen datos epidemiológicos como edad y sexo, presencia de IAM previo, así como también la presencia de HTA, DLP, DM, alteración del peso, presencia de tabaquismo. Se extraen datos de glucemia, HDL y LDL, TG, y HbA1c en controles analíticos. Se interroga al paciente sobre la presencia de tabaquismo activo, realización de ejercicio cardiosaludable y dieta pobre en grasas. Se establece como criterios de control: TA: < 140/90 y < 130/80 en pacientes con DM, justificados mediante AMPA, MAPA, sin necesidad de modificación de medicación antihipertensiva. Tabaco: su ausencia previa o abandono > 3meses. Glucosa: HbA1c < 7% en DM y glucemia basal < 120mg/dl. Lípidos: HDL > 45mg/dl en mujer y >40mg/dl en hombres; TG < 150mg/dl, y LDL < 100mg/dl.

RESULTADOS

La muestra de 150 pacientes (N = 150) con diagnóstico de cardiopatía isquémica, siendo 58.7%(88) hombres, y mujeres 41.3%(62). Edad media 69.25+/-11.3 años y una media de años del diagnóstico y seguimiento de 5.19+/-4.1años. 56(37.7%) sufrieron IAM previo siendo más frecuente en hombres 78% por 21.4% en mujeres (p<0.0001). 63.3%(95) eran HTA, 51.3%(77) DLP, 34.7%(52)DM 2, 0.7%(1) DM1, y 8.7%(13) glucosa alterada en ayunas. En 3.3%(5) estaban diagnosticados de sobrepeso, 30.7%(46) de obesidad y 0.7%(1) de obesidad mórbida. El 49%(74) nunca habían fumado, siendo 38.7%(58) exfumadores y 12%(18) fumadores activos. Reconocían no hacer dieta cardiosaludable un 52.7%(79), y 53.3%(80) no realizar una actividad física mínima recomendada. Con respecto al control de los FRCV: Un 68%(102) presentaban una adecuación de TA a los valores óptimos deseables según su riesgo estimado. El 78%(117) se encontraban en cifras óptimas de glucemia o hemoglobina glicosilada. El HDL adecuado al sexo presentaban controles adecuados 52%(78), 6 pacientes perdidos (4%). El 68.7%(103) tenían controlados los TG. Un 12%(18) reconocían mantener tabaquismo activo, siendo 88%(132) no fumadores o exfumadores. El 50.7%(76) no presentaban valores óptimos de control LDL. Mantenían un control global de todos los FRCV el 14%(21). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la adecuación del grado de control con respecto a edad, sexo, o años de evolución de cardiopatía isquémica.

DISCUSIÓN

La enfermedad vascular es la primera causa de muerte, hospitalización y consumo de recursos sociosanitarios en España. La dislipemia es el factor principal en prevención 2ª cardiovascular, cumpliendo todos los criterios de causalidad con la aterosclerosis, teniendo como protagonista al c-LDL. La modificación y actuación sobre los diferentes factores de riesgo de manera global e integrada a demostrado reducir la morbimortalidad de nuevos eventos CV.

CONCLUSIONES

Existe un predominio del control de los FRCV a nivel individual, pero un escaso número de pacientes con los FRCV controlados en su totalidad. El único factor donde predomina la falta de control es el perfil LDL, clave en la etiología de esta patología.



RV-08 ESTUDIO DE HTA SECUNDARIA EN DEPORTISTA

V. Gómez Carrillo¹, A. Espejo Gil¹, C. Salazar Troya¹, M. Chaves Peláez¹, M. Carrillo de Albornoz², J. Martínez González¹, P. Aranda Lara³, R. Gómez-Huelgas¹
¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Nefrología. Complejo Hospitalario Carlos Haya. Málaga
³Escuela de Medicina Deportiva. Complejo Hospitalario Virgen de la Victoria. Málaga

OBJETIVOS

El interés despertado por la muerte súbita en el deportista y la preconización de una cultura de actividad física en la población obliga a valorar detalladamente a los sujetos con una actividad física importante. Se pretende identificar una patología que cause HTA secundaria en una cohorte de pacientes deportistas de competición hipertensos.

MATERIAL Y MÉTODO

Se analiza una muestra de 41 pacientes hipertensos que compiten en alguna modalidad deportiva y que vienen siendo seguidos y tratados en nuestro servicio. Descripción de la muestra: 37 varones (90,24%), edad 33,5 ± 5,65; La TAS inicial fue de 142,5 ± 21,21 mmHg, y la TAD 84,46 ± 10,6 mmHg. Se realizó una búsqueda exhaustiva de HTA secundaria (analítica básica, Rx-Tórax, EKG, perfil tiroideo, cortisol y acth, ARP y aldosterona, PTH, metanefrina en orina 24h, MAPA, ecografía abdominal). A aquellos pacientes que lo requirieron se realizó Gammagrafía/nefrograma isotópico y angio-RMN/arteriografía de arterias renales. A todos los pacientes se les realizó una ergometría deportiva con monitorización de TA y consumo de oxígeno al inicio y tras control farmacológico.

RESULTADOS

En 15 individuos (36,58%) se encontró al menos una causa de HTA secundaria, de los 7 casos eran de HTA renovascular. Se detectaron 15 pacientes (36,58%), se encontró, al menos una causa de secundarismo: 7 casos (17,07%) con HTA secundaria renovascular. 3 casos (8%) de S. de apnea obstructiva del sueño, 2 casos (5%) por ingesta de aines, 2 casos de HTA renal, y una lesión con coartación aórtica. En los pacientes con HTA secundaria no se encontró una reacción hipertensiva exagerada ni diferente en la ergometría deportiva basal ni posterior al tratamiento. No mostraron mayor consumo de oxígeno en la ergometría.

DISCUSIÓN

Aunque la finalidad inicial de la búsqueda de una causa de HTA secundaria puede ser la curación de la enfermedad, esto es posible en pocas ocasiones. Estos pacientes no precisaron una mayor dosis, ni un mayor número de fármacos. Los casos de HTA secundaria tenían una buena posibilidad terapéutica mayoritariamente farmacológica. Quizá la búsqueda de estos secundarismos tenga un objetivo más claro en evitar eventos vasculares como el fallo renal en los casos renovasculares y abuso de aines, fallo cardiaco en los SAOS y coartación aórtica.

CONCLUSIONES

La prevalencia de HTA secundaria en nuestro grupo es, al menos, el doble de la reconocida para la población general. En el deportista de competición, no resulta buen marcador de HTA secundaria la reacción hipertensiva ante el ejercicio ni la pérdida del patrón dipper. Debería realizarse una búsqueda exhaustiva de HTA secundaria en todos los pacientes hipertensos que desarrollen una actividad deportiva de competición.

RV-09 HIPERTENSIÓN RENOVASCULAR: CONCLUSIONES CLÍNICAS SOBRE UNA COHORTE

A. Espejo Gil¹, V. Gómez Carrillo¹, C. Salazar Troya¹, M. Ayala Gutiérrez¹, M. Carrillo de Albornoz², J. Martínez González¹, P. Aranda Lara³
¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Nefrología. Complejo Hospitalario Carlos Haya. Málaga
³Escuela de Medicina Deportiva. Complejo Hospitalario Virgen de la Victoria. Málaga

OBJETIVOS

INTRODUCCIÓN: La enfermedad ateromatosa renovascular es una entidad causante de HTA secundaria, en especial en individuos mayores de 50 años con factores de riesgo para aterosclerosis generalizada. Habitualmente se relaciona con una HTA resistente, así como con una serie de entidades nosológicas (la insuficiencia renal, la proteinuria, y la enfermedad arterial coronaria y vascular periférica coexistente) que derivan en una disminución de la esperanza de vida. OBJETIVO: Como objetivo se plantea la descripción clínica de una cohorte de 74 pacientes con hipertensión renovascular y la valoración de diversas variables que puedan influir en la evolución, tratamiento y pronóstico.

MATERIAL Y MÉTODO

MATERIAL Y MÉTODOS: Revisamos 74 casos constatados de HTA renovascular procedentes de una consulta monográfica de HTA de un hospital de tercer nivel. Los criterios de inclusión fueron: hiperaldosteronismo hiperreninémico con gammagrafía/nefrograma isotópico con captopril indicativo de HTA renovascular. En los casos de sospecha de enfermedad bilateral se realizó además una prueba de imagen: arteriografía o angio-RMN de arterias renales. DESCRIPCIÓN: 31 varones (41,9%) y 43 mujeres, 69 ± 16,49 años, 23 pacientes con CrCl por debajo 60 ml/min, cifras de creatinina de 0,95 ± 0,49.

RESULTADOS

La edad media muy avanzada, 69 ± 16,49 años, (rango: 17-84 años), con predominio del sexo femenino (58,1%) y una duración media de la HTA en el momento del diagnóstico de 10,7 años ± 9,3 años. El 53,42% recibían tratamiento correcto, con una media de 3,5 ± 1,24 fármacos. Entre las variables analíticas recogidas destaca: glucosa 114 ± 44, natremia 140,8 ± 2,8, kaliemia 4,3 ± 0,5, sodio urinario 105 ± 50, potasio urinario 31 ± 18,5. Colesterol total 203 ± 37, LDL 128 ± 32, HDL 51 ± 21, triglicéridos 149 ± 101. Aldosterona 364,9 ± 277,8 (vn < 250), ARP 17,45 ± 33 (vn < 2,5). Microalbuminuria de 52 ± 115 (50% de los pacientes > 30 mg/gr). IMC medio de 30,5 ± 5,2 kg/m², perímetro abdominal 104 ± 12 cm, TAS 159 ± 26 mmHg y TAD 88 ± 14 mmHg al inicio del seguimiento. Factores y marcadores de riesgo: 79,4% antecedentes familiares de HTA, sedentarismo 69,4% (actividad física inferior a caminar 150 m. semanales), obesidad 51,3% (según IMC), DM 24,32%, dislipemia 61,64% tabaquismo 36,5%. El 73% de las mujeres eran postmenopausicas. En cuanto a daño de órgano diana encontramos afectación renal en el 35,13%, enfermedad cardíaca en el 26,02% y enfermedad cerebro-vascular en el 18,91%. La HTA renovascular fue bilateral en 13 pacientes (17,56%). Se consiguió un control de la TA el 56,75%. El 72,9% de los pacientes recibían tratamiento con fárma-



cos inhibidores del eje RAA, fundamentalmente ARA-II), el 41% tiazidas, el 24% con diuréticos del asa y el 24% con inhibidores de la aldosterona. En el 6 % fue posible la corrección quirúrgica o por angioplastia.

CONCLUSIONES

El perfil del paciente con HTA renovascular es de mujer con HTA de predominio sistólico con niveles de glucemia y creatinina discretamente elevados, microalbuminuria y niveles de Na y K normales. En su tratamiento, tienen una media de 3 fármacos predominando los inhibidores del eje RAA. En el 56,75% de los pacientes se consiguió un buen control de la TA con un tratamiento médico a base de inhibidores del eje RAA. Solo se corrigió por angioplastia en algo más del 5 % de los pacientes.

RV-10 POTASEMIA COMO INDICADOR DE HIPERTENSIÓN RENOVASCULAR

A. Espejo Gil¹, V. Gómez Carrillo¹, C. Salazar Troya¹, M. Ayala Gutiérrez¹, M. Carrillo de Albornoz², J. Martínez González¹, P. Aranda Lara³

¹Servicio de Medicina Interna, ³Servicio de Nefrología. Complejo Hospitalario Carlos Haya. Málaga

²Escuela de Medicina Deportiva. Complejo Hospitalario Virgen de la Victoria. Málaga

OBJETIVOS

Los niveles séricos bajos de potasio deberían hacernos sospechar hiper-aldosteronismo, ante un cuadro de HTA resistente. El objetivo del trabajo es describir los valores de potasemia en una muestra de 74 pacientes con Hipertensión renovascular. Como objetivo secundario se plantea la descripción clínica de la muestra y la valoración de diversas variables que puedan influir en la potasemia.

MATERIAL Y MÉTODO

Revisamos 74 casos constatados de HTA renovascular procedentes de una consulta monográfica de HTA de un hospital de tercer nivel. Los criterios de inclusión fueron: hiperaldosteronismo hiperreninémico con gammagrafía/nefrograma isotópico con captopril indicativo de HTA renovascular. En los casos de sospecha de enfermedad bilateral se realizó además una prueba de imagen: arteriografía o angio-RMN de arterias renales.

RESULTADOS

DESCRIPCIÓN: 31 varones (41,9%) y 43 mujeres (58,1%), 69+16,49 años (rango: 17-84 años), 23 pacientes con CrCl por debajo 60 ml/min, cifras de creatinina de 0,95+0,49. Duración media de la HTA 10,7 años+9,3 años. El 53,42% recibían tratamiento correcto, con una media de 3,5+1,24 fármacos. En cuanto a niveles de iones: natremia 140,8 ± 2,8, kaliemia 4,3 ± 0,5 (sólo un paciente presentaba niveles menores de 3,5 mmol/l), índice sodio/creatinina urinario 105 ± 50, índice potasio/creatinina urinario 31 ± 18,5. En cuanto a daño de órgano diana encontramos afectación renal en el 35,13%, y lesión vascular bilateral en 13 pacientes (17,56%). El 72,9% de los pacientes recibían tratamiento con fármacos inhibidores del eje RAA, (fundamentalmente ARA-II), y el 24% con inhibidores de la aldosterona, ambos grupos terapéuticos producirían elevaciones de los niveles de K. Mientras que el 41% tomaba tiazidas y el 24% diuréticos del asa, ambos grupos producirían disminución de la kaliemia.

DISCUSIÓN

Aunque los niveles séricos bajos de potasio deberían hacernos sospechar hiper-aldosteronismo, ante un cuadro de HTA resistente, creemos que esto es correcto en los casos de hiperaldosteronismo primario. Sin embargo, en el caso de hiper-aldosteronismo secundario hiper-reninémico, no parece útil. Podemos atribuir los niveles aparentemente normales de kaliemia al alto porcentaje de insuficiencia renal o a la ingesta de fármacos, pero este argumento se queda corto observando los bajos niveles de eliminación urinarios de potasio.

CONCLUSIONES

Es claramente llamativa la ausencia de hipopotasemia, ya que esta se cita ampliamente en la literatura como marcador de HTA renovascular e hiperaldosteronismo. Es posible, pero poco probable, que la hipopotasemia quede enmascarada por el uso de fármacos que producen hiperpotasemia, ya que la casi totalidad de los pacientes usaban inhibidores del eje RAA o diuréticos ahorradores de potasio. En la muestra estudiada la hipopotasemia no ha resultado un marcador útil para la detección de HTA renovascular. Desaconsejamos que la hipopotasemia se use como marcador limitante para iniciar el estudio de una posible HTA renovascular.

RV-11 SÍNDROME DE APNEA DEL SUEÑO E HTA: RESPUESTA AL TRATAMIENTO CON DOXAZOCINA DE LIBERACIÓN RETARDADA

C. Salazar Troya¹, P. Gallardo¹, C. García Fernández¹, V. Gómez Carrillo¹, A. Espejo Gil¹, M. Carrillo de Albornoz², J. Martínez González¹, P. Aranda Lara³

¹Servicio de Medicina Interna, ³Servicio de Nefrología. Complejo Hospitalario Carlos Haya. Málaga

²Escuela de Medicina Deportiva. Complejo Hospitalario Virgen de la Victoria. Málaga

OBJETIVOS

INTRODUCCIÓN: El síndrome de apnea del sueño (SAOS) es una entidad causante de HTA secundaria, en especial en individuos mayores de 50 años con factores de riesgo para aterosclerosis generalizada, destacando la obesidad. Habitualmente se relaciona con una HTA resistente al tratamiento farmacológico, así como con una serie de entidades nosológicas que derivan en una disminución de la esperanza de vida, expresamente cardiacas. En nuestra experiencia, la HTA secundaria a SAOS responde mal al tratamiento con CPAP/BIPAP. Y quizá pueda responder a un fármaco alfa-bloqueante de administración nocturna OBJETIVO: Como objetivo se plantea la descripción clínica de una cohorte de 40 pacientes con hipertensión secundaria a SAOS, los cuales presentaban todos un patrón MAPA non-dipper o Raiser. Y su respuesta a la administración nocturna de Doxazocina de liberación retardada.

MATERIAL Y MÉTODO

Muestra. Revisamos 40 pacientes (29 varones, 72,5%) constatados de HTA secundaria a SAOS procedentes de una consulta monográfica de HTA de un hospital de tercer nivel. Los pacientes presentan una edad media de 49,5 ± 7,5 (rango: 31-66) años, y



una duración media de la HTA en el momento del diagnóstico de 11,57 +7,31 años. Así mismo se determinaron las variables antropométricas básicas, con 80% obesidad y 20% de sobrepeso (IMC 33,6±4,25). El 87,5% eran sedentarios, el 46,2% diabéticos, 59% tenían hipercolesterolemia, el 53,84% fumadores, solo 1 cumplía criterios de enolismo, tenía daño de órgano renal 2 pacientes y 4 pacientes tenían cardiopatía isquémica. Los criterios de inclusión fueron: HTA con características clínicas de resistencia, que presentando criterios clínicos de SAOS previos al dx de HTA, tenían un Índice Apnea/hipoapnea mayor a 10. En todos se estudió la existencia de otra posible causa de HTA secundaria. A todos los pacientes con TA por encima de 140/90 o patrón MAPA nocturno patológico, se añadió al tratamiento previo 4-8 mg de doxazocina antes de acostarse.

RESULTADOS

En el momento de acudir a la consulta el 42% de los pacientes recibían tratamiento correcto, según las actuales recomendaciones, con una media de 2,8 ± 1,3 fármacos. Las TAS iniciales fueron 150,55± 22,6 mmHg y TAD 89,17±12,69 mmHg al inicio del seguimiento. Basalmente, se consideró que tenían unas TA aceptables 12 pacientes (30,79%). En seguimiento medio de 3 años después de tratamiento las cifras tensionales fueron menores de 140/90 en 25 pacientes 64% (p<0,01). 2 pacientes de nuevo diagnóstico respondieron aceptablemente a la introducción de cpap.

CONCLUSIONES

La HTA secundaria a S de Apnea el sueño es difícil de controlar con 3 fármacos. El efecto de doxazocina de liberación retardada es altamente efectivo en el control de este tipo de HTA.

RV-12 HIPERTENSIÓN RENOVASCULAR: RESPUESTA A ALISKIREN

C. Salazar Troya¹, A. Espejo Gili¹, V. Gómez Carrillo¹, V. Bonaiuto¹, M. Carrillo de Albornoz², J. Martínez González¹, P. Aranda Lara³, R. Gómez-Huelgas

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Nefrología. Complejo Hospitalario Carlos Haya. Málaga

³Escuela de Medicina Deportiva. Complejo Hospitalario Virgen de la Victoria. Málaga

OBJETIVOS

La HTA renovascular es una causa no despreciable de hta en especial en individuos mayores de 50 años con aterosclerosis generalizada. Habitualmente cursa como una HTA resistente. Etiológicamente, viene provocada por el aumento de la actividad de renina plasmática como consecuencia de la isquemia renal. Con la reciente comercialización de Aliskiren, un bloqueador de la renina, se dispone de un nuevo instrumento para controlar aquellos sujetos especialmente resistentes a tratamiento médico y sin posibilidades intervencionistas. OBJETIVO: Se plantea la descripción del efecto del aliskiren sobre los pacientes con pobre control de TA en una cohorte de 74 pacientes con hipertensión renovascular.

MATERIAL Y MÉTODO

Revisamos 74 casos constatados de HTA renovascular procedentes de una consulta

monográfica de HTA de un hospital de tercer nivel. Los criterios de inclusión fueron: HTA renovascular confirmada, pobre control de TA o patrón MAPA patológico, tolerancia aceptable a aliskiren. DESCRIPCIÓN: sobre una cohorte de 31 varones (41,9%) y 43 mujeres, 69±16,49 años, 23 pacientes con CrCl por debajo de 60 ml/min, cifras de creatinina de 0,95±0,49. 15 (20,54%) pacientes fueron seleccionados para tratamiento con aliskiren 300 mg/día, añadiendo este al tratamiento previo.

RESULTADOS

Los 14 de los 15 pacientes en tratamiento redujeron sus cifras de TA (p<001). 6 de los 15 pacientes consiguieron el objetivo de una TA por debajo de 140/90. Ningún paciente presentó niveles de kaliemia por encima de 5,5 mEq/l, a pesar de su asociación a fármacos bloqueadores del eje RAA (ieca y ARA-II).

CONCLUSIONES

Aliskiren, un bloqueador de la renina, es un nuevo instrumento para controlar la TA de pacientes con HTA renovascular especialmente resistentes a tratamiento médico y sin posibilidades intervencionistas. El aliskiren produce una mejoría discreta, pero significativa, en las cifras tensionales de estos pacientes. No se observaron efectos secundarios relacionados con los niveles de potasio.

RV-13 METFORMINA, UN EXCELENTE FÁRMACO PARA LA DIABETES TIPO 2 ¿DEBEREMOS TENER ALGUNA PRECAUCIÓN CON SU USO?

P. Rodríguez Ortega, M. Laínez López, I. Vázquez, E. Roldan Mayorga, M. López Pérez, I. Rebollo Pérez

Sección Endocrinología. Servicio de Medicina Interna. Área Hospitalaria Juan Ramón Jiménez. Huelva

OBJETIVOS

INTRODUCCIÓN. Hasta un 22% de los pacientes con DM2 podría tener deficiencia de vitamina B12. La causa de esta carencia es controvertida. Algunos estudios han relacionado el tratamiento con metformina a un mayor riesgo de deficiencia de vitamina B12. OBJETIVOS: Conocer la posible asociación entre Metformina y déficit de vitamina B12 en una población de Diabéticos tipo 2, seguidos en consultas externas de Endocrinología.

MATERIAL Y MÉTODO

Seleccionamos, mediante protocolo de recogida de datos, pacientes con DM2 en tratamiento con Metformina durante al menos 5 años. Criterios de exclusión, síndrome anémico conocido. Realizamos determinación de vitamina B12 y ácido fólico.

RESULTADOS

Incluidos por el momento, 15 pacientes, con una media de edad de 61 años. Relación hombre/mujer: 7/8. Dosis medias de metformina 1500 mg/día. Hemos detectado deficiencia de vitamina B12 en 2 pacientes (13%), ambos mayores de 65 años, con niveles inferiores a 150 pmol/l.



DISCUSIÓN

No existen evidencias, sobre si una disminución de los niveles séricos de Vitamina B12 tiene consecuencias clínicas, o simplemente es un marcador de riesgo para presentar un estado carencial, pero creemos interesante destacar esta posible asociación

CONCLUSIONES

1. No existen datos suficientes para recomendar un cribado rutinario, la significación clínica y la evidencia es escasa, sin embargo, es importante seleccionar los pacientes de riesgo y determinar niveles de esta vitamina en casos seleccionados. 2. En nuestra pequeña serie, la prevalencia es alta.

RV-15 IMPACTO DE LA INTENSIFICACIÓN DEL TRATAMIENTO DE LA DIABETES TIPO 2 AL ALTA EN LA PROGRESIÓN DE LA ENFERMEDAD CORONARIA TRAS REVASCULARIZACIÓN PERCUTÁNEA

I. Vázquez, C. Díaz, Y. Villalobos, H. Cachay, A. Camacho, J. Carrasco

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

OBJETIVOS

Conocer la asociación del control metabólico y la adecuación del tratamiento antidiabético, tras un síndrome coronario agudo, sobre la progresión de la enfermedad en pacientes diabéticos tipo 2 sometidos de forma repetida a revascularización percutánea.

MATERIAL Y MÉTODO

Se trata de una serie de casos longitudinales (seguimiento de una cohorte). Se identificó una muestra de pacientes diabéticos tipo 2 sometidos de forma recurrente por razones clínicas a intervencionismo coronario percutáneo en nuestro centro desde Enero de 2006 a Diciembre de 2010. La intensificación de tratamiento antidiabético se definió como el inicio de antidiabéticos orales en monoterapia en caso de tratamiento dietético e intensificación terapéutica añadiendo un segundo o tercer fármaco y/o insulina al tratamiento basal. El buen control metabólico basal se definió por una hemoglobina glicosilada < 7,5%. La progresión de la enfermedad coronaria se definió como la aparición de nuevas lesiones significativas y/o restenosis de STENT previo. Para el estudio de la asociación con la variable resultado se realizó una X2 con tablas de contingencia para las cualitativas y regresión logística binaria para las cuantitativas.

RESULTADOS

Un total de 125 pacientes cumplían criterios de selección. Sin embargo, el estudio sólo se llevó a cabo con 71 pacientes porque en el resto faltaban información relevante. La edad media fue de 68,23 años (\pm 9,17) con un 29,6% de mujeres. La mediana de seguimiento fue de 270 días (75-665). En el grupo de pacientes que no se realiza intensificación de tratamiento (al alta se continua con tratamiento habitual o simplemente no se recomienda nada) se observa un ligero aumento de la progresión de enfermedad coronaria (46,5%) frente a una disminución de la misma en el grupo que se intensifica tratamiento (23,9%), aunque sin alcanzar significación estadística. Razón de prevalencia 1,54 (0,90-2,62; $p = 0,07$). Un correcto control metabólico de la diabetes en el ingreso índice (Hb A1c < 7,5%) no se relacionó con la progresión de la enfermedad. Otras va-

riables clínicas y analíticas no se asociaron a la progresión de enfermedad, excepto los niveles de glucosa ($p = 0,028$). Tampoco hubo diferencias entre los pacientes tratados por internistas (67,6%) de los tratados por cardiólogos (32,4%).

DISCUSIÓN

Aunque es ampliamente conocido que una estrategia intensiva en el manejo de la diabetes tipo 2 no siempre trae resultados positivos, el tratamiento lábil y superficial tampoco debe asociarse a mejoría de resultados. La realidad de los pacientes no es la que se encuentra en los ensayos clínicos, donde se enfrenta tratamiento estándar correcto frente a terapias intensivas, en la práctica clínica vemos pacientes con tratamientos y manejos correctos frente a terapias claramente insuficientes. Nuestro modesto trabajo apunta hacia la idea de que el momento del ingreso hospitalario juega un papel fundamental en la valoración metabólica y adecuación terapéutica del paciente diabético y como esta mediada podría tener impacto en la evolución de la enfermedad coronaria. Dos limitaciones a tener en cuenta: un tamaño reducido de la muestra y análisis retrospectivo con diseño descriptivo que sólo nos permite formular una hipótesis (no se pueden extraer conclusiones de relación causal).

CONCLUSIONES

La valoración de la situación metabólica y la consecuente adecuación del tratamiento en el paciente diabético tipo 2 tras un ingreso por síndrome coronario agudo y sometidos a intervencionismo podría tener un impacto positivo en la progresión de la enfermedad coronaria.

RV-17 PERFIL DEL HIPERTENSO ANCIANO INGRESADO EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL DE RONDA

A. Ruz Zafra, A. Pérez Rivera, A. Muñoz Claros, A. Ruiz Cantero

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

OBJETIVOS

Describir el perfil cardiovascular del paciente anciano hipertenso ingresado en Medicina Interna y analizar si existen diferencias con los pacientes hipertensos de menor edad. Existen estudios como el HYVET 2008, que sugieren un beneficio en la reducción de las cifras tensionales en el paciente anciano, en cuanto a disminución de eventos cardiovasculares y su mortalidad asociada. Sin embargo, las guías vigentes no se pronuncian en un objetivo ni manejo específico en el control de la hipertensión en este tipo de pacientes.

MATERIAL Y MÉTODO

Diseño: Estudio observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo. Sujetos de estudio: 345 pacientes hipertensos ingresados, desde mayo a octubre de 2010 en el Servicio de Medicina Interna del Hospital de Ronda. Ámbito de estudio: Área de Gestión Sanitaria Serranía de Málaga. Mediciones e intervenciones: Las variables que se han recogido son edad, sexo, factores de riesgo cardiovascular, tratamiento recibido y las cifras de tensión arterial que presentaron a su llegada al hospital. Se dividieron en dos



grupos: ancianos (≥ 80 años) y no ancianos (< 80 años). Análisis de los datos: Se ha efectuado con el programa SPSS versión 15.0. se han calculado frecuencias y porcentajes para las diferentes categorías de las variables cualitativas, y medias y desviación típica para variables cualitativas. Se ha utilizado la Chi cuadrado para el análisis de variables cualitativas y la T de Student para las cuantitativas.

RESULTADOS

La edad media de los pacientes analizados es de 75.1652 ± 9.99 años. De los 345 pacientes, 127 (36.8%) eran ancianos. 167 pacientes (48.4%) eran mujeres. Hemos encontrado diferencias estadísticamente significativas entre no ancianos y ancianos en la presencia de cardiopatía isquémica 14.67% vs. 32.28%, $p < 0.001$, tabaquismo 14.22% vs. 6.29%, $p = 0.01$ y género 57.70% del grupo de los no ancianos eran hombre y en el grupo de ancianos 59.05% eran mujeres, $p = 0.002$. No hemos encontrado diferencias en la distribución de los siguientes factores de riesgo cardiovascular entre los grupos de no ancianos y ancianos: diabetes (42.21% vs. 40.15%, $p = 0.39$), dislipemia (46.54% vs. 40.94%, $p = 0.18$), insuficiencia renal crónica (14.96% vs. 13.30%, $p = 0.39$), insuficiencia cardiaca congestiva (15.13% vs. 22.04% $p = 0.07$), arteriopatía periférica (5.50% vs 3.14% $p = 0.23$) y presencia de ictus previo (14.67% vs. 21.25% $p = 0.07$). Tampoco hemos encontrado diferencias en las cifras de tensión arterial sistólica (137.12 ± 29.34 vs. 136.50 ± 29.28 , $p = 0.85$), aunque sí en las cifras de tensión arterial diastólica: 71.94 ± 16.99 vs. 68.36 ± 14.79 , $p = 0.04$). La media de fármacos que toman es de 2.06 ± 1.31 vs. 2.18 ± 1.14 , $p = 0.37$). El tipo de tratamiento antihipertensivo es el mismo en ambos grupos: alfabloqueantes, beta bloqueantes, antagonistas del calcio, IECA, ARA II e inhibidor directo de la renina. Sí hay un mayor uso de diuréticos en el grupo de hipertensos ancianos (54.12% vs. 65.35%, $p = 0.02$)

DISCUSIÓN

Es importante establecer los diferentes perfiles cardiovasculares en las distintas edades para poder establecer tratamientos más dirigidos e individualizar cada caso, ya que los diferentes perfiles nos pueden hacer optar por determinados fármacos o determinadas actitudes que puedan ser más correctas para cada caso.

CONCLUSIONES

El perfil del paciente anciano ingresado en nuestro servicio de Medicina Interna es mujer con mayor prevalencia de cardiopatía isquémica que los no ancianos, con cifras de tensión diastólica menores tratados frecuentemente con diuréticos. El tabaco es más frecuente en el grupo $<$ de 85 años. El resto de factores de riesgo cardiovascular, así como el tratamiento antihipertensivo es similar en los dos grupos.

RV-18 DETECCIÓN DE INSUFICIENCIA RENAL EN PACIENTES INGRESADOS EN MEDICINA INTERNA

C. Luque Amado, M. González Benítez, M. Godoy Guerrero, A. Ruz Zafra, I. Gallardo Romero, A. Muñoz Claros, A. Pérez Rivera, A. Ruiz Cantero
Servicio de Medicina Interna. Hospital de la Serranía. Ronda (Málaga)

OBJETIVOS

El envejecimiento poblacional, junto con el aumento de prevalencia de hipertensión y diabetes han incrementado progresivamente la aparición de enfermedad renal crónica. La presencia de insuficiencia renal puede modificar el manejo del paciente ingresado. El objetivo de nuestro estudio fue detectar insuficiencia renal mediante el cálculo de filtrado glomerular en los pacientes que requirieron ingreso en Medicina Interna y valorar la distribución de insuficiencia renal por grupos de edad.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo incluyendo a los pacientes ingresados por cualquier causa en el Servicio de Medicina Interna del Hospital La Serranía (Ronda) en cinco cortes transversales (30/07/2010, 30/08/2010, 30/09/2010, 30/10/2010, 30/11/2010). Fueron excluidos los pacientes que ya hubieran sido incluidos en algún corte anterior (por ingreso prolongado o nuevos ingresos). Se consideró que existía insuficiencia renal cuando el filtrado glomerular (calculado mediante la fórmula MDRD) era menor a $60 \text{ ml/min/1.73m}^2$. Se realizó un estudio descriptivo analizando las siguientes variables: sexo, edad, características clínicas (HTA, DM, hiperuricemia, hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia), motivo de ingreso, niveles de creatinina sérica al ingreso, filtrado glomerular al ingreso, niveles de creatinina sérica al alta y filtrado glomerular al alta. La frecuencia de insuficiencia renal se midió por grupos de edad. Se resumieron las variables cuantitativas mediante medias y desviación estándar (mediana y rango intercuartílico en las variables asimétricas) y las cualitativas mediante frecuencias y porcentajes.

RESULTADOS

Fueron incluidos un total de 172 pacientes (100 hombres, 72 mujeres), con una mediana de edad de 72 años (60, 80). Las características clínicas de los pacientes fueron las siguientes: HTA 100 casos (58,1%), diabetes mellitus 65 (37,8%), hiperuricemia 43 (25%), hipercolesterolemia 42 (24,4%), hipertrigliceridemia 35 (20,6%). El principal motivo de ingreso fue la patología infecciosa (47 casos, 27,3%) seguida de patología cardiaca (38 casos, 22,1%). La mediana de creatinina fue de 1,04 mg/dl (0,87, 1,38) al ingreso y de 0,95 (0,76, 1,23) al alta. La media de filtrado glomerular fue 63,01; 26,38 al ingreso y 69,91; 26,82 al alta. Presentaban insuficiencia renal al ingreso 86 pacientes (50%), con la siguiente distribución por grupos de edad: 4 casos (18,2%) en menores de 50 años, 16 casos (40%) entre los 50 y 65 años, 22 casos (50%) entre los 65 y los 75 años, 35 casos (68,6%) entre los 75 y 85 años y 9 casos (60%) en los mayores de 85 años. Al alta presentaban insuficiencia renal 58 pacientes (33,7%), con la siguiente distribución por grupos de edad: 6 casos (27,3%) en menores de 50 años, 7 casos (17,5%) entre los 50 y 65 años, 17 casos (38,6%) entre los 65 y los 75 años, 21 casos (41,2%) entre los 75 y 85 años y 7 casos (46,7%) en los mayores de 85 años.

CONCLUSIONES

La insuficiencia renal es un problema muy frecuente entre los pacientes que precisan ingreso en Medicina Interna. Afecta especialmente a los más ancianos, como era esperable. No obstante, llama la atención la frecuencia de insuficiencia renal encontrada en grupos de edad más jóvenes. Es fundamental tener en cuenta este problema para



evitar efectos adversos que puedan afectar a la seguridad del paciente. Para ello es necesario adaptar el tratamiento a la función renal (valorada por filtrado glomerular, no por niveles de creatinina): ajuste de dosis de medicación, contraindicación de fármacos nefrotóxicos, indicación de profilaxis de nefropatía por contraste.

RV-19 ALERTA SOBRE INTERACCIONES CLOPIDOGREL-OMEPRAZOL Y CAMBIOS DE PRÁCTICA CLÍNICA

M. Martínez Cortés, C. Maldonado Úbeda, S. Domingo Roa, P. Sánchez López, G. Parra García, M. Esteban Moreno, G. López Lloret, F. Díez García

Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario de Especialidades Torrecárdenas. Almería

OBJETIVOS

En Junio de 2009 la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios emitió una alerta informando de la posible interacción entre omeprazol y clopidogrel, consistente en la reducción del efecto antiagregante de éste último, desaconsejando su uso concomitante. La recomendación se ha hecho extensiva al esomeprazol aunque no ha podido descartarse que se trate de un efecto de clase. El objetivo del estudio fue determinar si la alerta mencionada modificó la práctica clínica de los profesionales de los servicios de Medicina Interna (MI) y Cardiología de un hospital general.

MATERIAL Y MÉTODO

Se trata de un estudio observacional retrospectivo en el que se revisaron las historias de los pacientes que fueron dados de alta en los Servicios de MI y Cardiología iniciando tratamiento con clopidogrel durante 2 períodos distintos: 2005 y 2010. Se recogieron variables demográficas, el diagnóstico que motivaba la indicación de clopidogrel, si recibían doble antiagregación y si se había indicado tratamiento con IBP o antiH2, o no recibían ningún protector gástrico. Los datos fueron analizados con el paquete estadístico SPSS 17.0

RESULTADOS

Se recogieron los datos de 71 pacientes a los que se prescribió clopidogrel durante 2005 (36 del servicio de Cardiología y 35 de MI) y 217 correspondientes al año 2010 (124 de Cardiología y 93 de MI). La edad media de los pacientes ingresados en Cardiología fue de 67 + 11 años y de 79 + 8 años en MI. En cardiología los diagnósticos más frecuente fueron: IAM: 47,5% y angor pectoris (45%). En MI fueron el angor pectoris (38%), la enfermedad cerebrovascular (22%), la suma de ambos (14%), la enfermedad arterial periférica (16%) y el IAM (5.6%). Recibían doble antiagregación en 2.005 el 38% de los pacientes de cardiología y el 18% de MI y en 2.010 el 50,7% y 10,1% respectivamente. En 2005 un 73.2% de los pacientes tenía prescrito algún IBP (75% de Cardiología y 71.4% de MI), siendo omeprazol el más frecuente en ambos servicios (85% y 92% respectivamente). Ningún paciente recibía antiH2 y un 12,7% de los pacientes de Cardiología y un 14% de los de MI no recibían gastroprotección. En 2010 un 17.5% de los pacientes recibían un IBP: 0.8% en Cardiología y 39.8% en Medicina Interna. Los

IBP más utilizados fueron omeprazol (56%) y esomeprazol (21%). Recibían un antiH2 el 72.6% de los pacientes de Cardiología y el 43% de MI, siendo los más usados la famotidina en Cardiología (84.4%) y la ranitidina en Medicina Interna (72.5%). Un 26% de los pacientes de Cardiología y un 17% de MI no recibían gastroprotección.

CONCLUSIONES

La alerta sobre posibles interacciones entre clopidogrel y omeprazol provocó un cambio radical en la práctica clínica en cardiología y MI, aunque con diferencias en ambos servicios. En cardiología se sustituyeron los IBP por famotidina en la práctica totalidad de casos. En MI se continuó prescribiendo omeprazol en el 22% de los casos, cambiándose a esomeprazol o ranitidina en el resto. Un estudio reciente parece indicar que el uso profiláctico de IBP reduce la tasa de HDA sin interacciones cardiovasculares aparentes entre clopidogrel y omeprazol (N Engl J Med 2010; 363:1909—17).

RV-20 HTA SECUNDARIA A ESTENOSIS DE LA ARTERIA RENAL: ESTUDIO DEL PERFIL CLÍNICO Y EPIDEMIOLÓGICO DE UNA COHORTE DE PACIENTES

M. Esteban Moreno¹, M. Poveda García², S. Domingo Roa¹, M. Martínez Cortés¹, P. Sánchez López¹, C. Maldonado Úbeda¹, G. López Lloret¹, L. Díez García¹

¹UGC Medicina Interna, ²UGC Nefrología. Complejo Hospitalario Torrecárdenas. Almería

OBJETIVOS

La hipertensión debida a estenosis aterosclerótica de la arteria renal o sus principales ramas, es una de las causas más frecuentes de hipertensión arterial secundaria y de pérdida progresiva de función renal. La estenosis de arteria renal es una expresión más de la aterosclerosis, siendo a la vez, un predictor independiente de complicaciones cardiovasculares tales como infarto de miocardio, ictus o insuficiencia renal. El objetivo de este estudio fue identificar el perfil epidemiológico y clínico de pacientes con diagnóstico de HTA renovascular.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio observacional retrospectivo, de enero 2000 a octubre de 2010, de pacientes con diagnóstico de hipertensión renovascular ingresados en un hospital general. Analizamos variables epidemiológicas como edad, sexo, factores de riesgo (diabetes mellitus, dislipemia, obesidad, tabaquismo) así como comorbilidad cardiovascular y renal. Comparamos dichas variables con el grado de estenosis en arteriografía, intentando encontrar correlación entre variables clínicas y severidad en obstrucción al flujo renal.

RESULTADOS

En el periodo de estudio se objetivaron 53 pacientes con HTA renovascular: 59±14 años, 64% hombres/ 36% mujeres. 26% diabetes mellitus tipo 2 (14 pacientes), 38% dislipemia (20 pacientes), 45% tabaquismo (24 pacientes), 60% Enfermedad Renal Crónica (32 pacientes), 35% enfermedad cardiovascular asociada (19 pacientes), 52 con diagnóstico de estenosis de arteria renal y un sólo paciente con fibrodisplasia renal. Centrando nuestro estudio en pacientes con HTA renovascular secundario a estenosis de arteria renal, intentamos establecer correlación clínica entre el grado de estenosis y las



variables que se exponen en la tabla 1. De los 52 pacientes con estenosis de la arteria renal 47% tenían estenosis no significativa menor del 70% (25 pacientes) y 53% estenosis mayor del 70% (27 pacientes). De los 32 pacientes que mostraban Enfermedad Renal Crónica se analizó el estadio que presentaban obteniendo los resultados: Estadio 1: 5.7% (3 pacientes); Estadio 2: 9.4% (5 pacientes); Estadio 3: 24.5% (13 pacientes); Estadio 4: 5.7% (3 pacientes); Estadio 5: 15.1% (8 pacientes). El 55% de nuestros pacientes se encontraban en tratamiento con más de 3 fármacos antihipertensivos, con la distribución que se expone a continuación: IECAS 27% (12pacientes); ARA-II 49% (26pacientes); DIURÉTICOS 62% (23pacientes); CA-ANTAGONISTAS 24% (13pacientes); ALFA-BLOQ 24%(13pacientes) Y BETA-BLOQ 47% (25pacientes).

CONCLUSIONES

Se estableció relación estadísticamente significativa correlacionando mayores grados de estenosis con mayor edad, predominio en sexo masculino, mayor incidencia de diabetes mellitus y enfermedad renal. Debemos identificar la HTA renovascular como causa poco frecuente pero reversible de HTA secundaria en nuestros pacientes.

Tabla 1 (RV-20)

| Variable | Estenosis <70% | Estenosis >70% | Significación estadística |
|-------------------|----------------|----------------|---------------------------|
| Sexo | 44%H/56%M | 56% H/31% M | P < 0.05 |
| Edad | 53±5 años | 62±14 años | P < 0.05 |
| Diabetes Mellitus | 21% | 70% | P<0.002 |
| Dislipemia | 55% | 25% | P 0.08 (NS) |
| Tabaquismo | 35% | 40% | P 0.06 (NS) |
| Enfermedad Renal | 9% | 57% | P<0.001 |

RV-21 HTA SECUNDARIA A ESTENOSIS DE ARTERIA RENAL: ESTUDIO EVOLUTIVO POST-ANGIOPLASTIA

M. Esteban Moreno¹, M. Poveda García², M. Martínez Cortés¹, C. Maldonado Úbeda¹, S. Domingo Roa¹, P. Sánchez López¹, G. Parra García¹, L. Díez García¹
¹UGC Medicina Interna, ²UGC Nefrología. Complejo Hospitalario Torrecárdenas. Almería

OBJETIVOS

La estenosis de arteria renal aterosclerótica es una causa reconocida de insuficiencia renal y de hipertensión arterial secundaria. Los importantes avances en la última década en cuanto a pruebas de imagen, tratamiento médico y técnicas de revascularización renal han cambiado de forma sustancial el panorama de la enfermedad renovascular. El objetivo de nuestro estudio fue analizar las características clínicas y terapéuticas de una cohorte de paciente diagnosticados de HTA renovascular definida como hipertensión sistémica resultante de una afectación de la arteria renal, frecuentemente debida a lesiones oclusivas de las arterias renales principales, sometidos a Arteriografía +/- Angioplastia transluminal percutánea con implantación de endoprótesis.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo, de un periodo comprendido entre enero de 2000 y octubre de 2010, de un cohorte de pacientes con sospecha de HTA renovascular a los que se sometió a Arteriografía diagnóstica. Se analizó el grado de estenosis, la indicación de realización de angioplastia transluminal percutánea con implantación de endoprótesis, posteriormente el control de tensión arterial y la necesidad de disminución o supresión de fármacos antihipertensivos.

RESULTADOS

Se realizó arteriografía de la arteria renal a 52 pacientes, el 47% tenían estenosis no significativa menor del 70% (25 pacientes) y 53% estenosis mayor del 70% (27 pacientes). Analizando la localización: - En pacientes con estenosis menor del 70%: 16 pacientes presentaron estenosis arteria renal izquierda (64%), 3pacientes en arteria renal derecha (12%), 6 pacientes estenosis bilateral (24%). - En pacientes con estenosis mayor del 70%: 18 pacientes con estenosis unilateral izquierda (67%) y 9pacientes con estenosis bilateral (33%). Se realizo implantación de endoprótesis en el 88% de los casos de estenosis significativa mayor del 70% (23 pacientes). La necesidad de tratamiento farmacológico antihipertensivo después de la intervención, con una reducción media estadísticamente no significativa de 1,8 fármacos (p>0.005). De los 23 pacientes que fueron sometidos a intervención revascularizadora de arteria renal (uni o bilateral), el 53% (12 pacientes) siguieron precisando tratamiento antihipertensivo posterior a la revascularización.

CONCLUSIONES

La realización de angioplastia transluminal percutánea con implantación de endoprótesis no demostró mejoría estadísticamente significativa de reducir tratamiento antihipertensivo. El fracaso de la respuesta clínica a la revascularización, debe buscarse no sólo en causas relacionadas con la técnica, sino en la selección de pacientes, la precisión en el diagnóstico y la existencia de daño parenquimatoso renal.

RV-22 CARACTERÍSTICAS Y FACTORES DE RIESGO DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN MEDICINA INTERNA Y CARDIOLOGÍA DE UN HOSPITAL GENERAL

C. Maldonado Úbeda, P. Sánchez López, S. Domingo Roa, G. Parra García, M. Esteban Moreno, M. Martínez Cortés, G. López Lloret, F. Díez García
Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario de Especialidades Torrecárdenas. Almería

OBJETIVOS

Evaluar las características epidemiológicas y los Factores de Riesgo Cardio-Vascular (FRCV) en pacientes ingresados en los servicios de Medicina Interna ó Cardiología por algún Evento Cardio-Vascular (ECV) ó con antecedentes de ECV previa, en un hospital de primer nivel.



MATERIAL Y MÉTODO

Estudio retrospectivo de los informes de alta de 430 pacientes seleccionados de manera aleatoria, ingresados en el año 2.010 en los servicios de Medicina Interna ó Cardiología de un hospital general. Se recogió información sobre la presencia/ausencia de ECV y FRCV definidos (hipertensión arterial (HTA), dislipemia, diabetes mellitus (DM), tabaquismo y obesidad). El estudio estadístico se realizó con el programa SPSS versión 18.

RESULTADOS

Se estudiaron 430 pacientes, de los cuales 297 ingresaron en el Servicio de Medicina Interna (69%) y 133 en el de Cardiología (31%). La edad media fue 72+/-7 años, siendo más añosos los pacientes ingresados en MI (75.14 años +/- 7 años, p<0.001) que en Cardiología (66 años +/- 7 años, p<0.001). También fueron más jóvenes los pacientes con ECV 66.3/74.26 años +/- 7) y los hombres que las mujeres (H/M: 69.1/76.5 años +/-7, p<0.001). Presentaron criterios de ECV establecido 282 pacientes (66%), bien como motivo de ingreso (93 pacientes, 33%) ó como evento previo (189 pacientes, 67%), y 118 pacientes (34%) no tenía ECV. En pacientes con ECV actual, los FRCV fueron: HTA: 217 (77%), dislipemia: 120 (42,5%), tabaquismo: 88 (31%), obesidad: 45 (16%), DM: 141 (50%). Los FRCV en pacientes sin ECV fueron: HTA: 124 (60%), DM: 92 (45%), dislipemia: 40 (19%), tabaquismo: 356 (17%) y obesidad: 11 (5,4%). Existieron diferencias estadísticamente significativas en la prevalencia de HTA, dislipemia, obesidad y tabaquismo entre ambos grupos pero no en la de DM.

CONCLUSIONES

La edad es menos avanzada en los pacientes ingresados en Cardiología, con ECV y de sexo masculino. La ECV es una patología muy prevalente (70% de los estudiados han padecido algún evento actual o previo). Los FRCV que demostraron ser estadísticamente más frecuentes en el grupo de ECV fueron tabaquismo, HTA, obesidad y dislipemia, pero no DM. • Abreviaturas utilizadas: FRCV: Factores de Riesgo Cardio-Vascular, ECV: Evento Cardio-Vascular, HTA: hipertensión arterial, DM: Diabetes Mellitus, H: hombre, M: mujer.

Enfermedad Tromboembólica (T)

T-01 SOSPECHA DIAGNÓSTICA CLÍNICA DE SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO

J. Prado Mediano¹, M. lozano Fernández-Salguero², P. Carrillo¹, B. Martín¹, M. Ibars¹, J. García¹

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital La Inmaculada. Huércal-Overa (Almería)

²Servicio de Nefrología. Casa de Reposo y Sanatorio del Perpetuo Socorro, S.A. (Alicante)

OBJETIVOS

La presentación clínica del síndrome anti-fosfolípido, permite la sospecha diagnóstica del SAF y su diagnóstico diferencial

MATERIAL Y MÉTODO

Presentamos 6 casos de SAF diagnosticados entre 2008-2010, 3 SAF primarios y 3 secundarios con LES. Con Anticuerpos anti-DNA, ANA, Ig G Ig M anticardiolipina, Ab Lúpico. La presentación clínica según bibliografía es: 32% TVP, 22% Trombopenia, 20% Livedo reticularis, 13% Trombosis arteria cerebral, 9% Tromboflebitis superficial, 9% Embolia pulmonar, 8% Abortos, 7% AIT/Anemia Hemolítica. En menor medida cefalea crónica, F Raynaud, Proteinuria, HTP, Insuficiencia suprarrenal.

RESULTADOS

Presentamos 6 casos de sexo femenino con la siguiente presentación clínica: Primer caso con 1º Trombosis Venosa superficial, 2º TVP más TEP, 3º trombopenia. Segundo caso con 1º aborto 2º TVP femoroiliaca, 3º ictus isquémico de arteria cerebral posterior izquierda. 4º Trombopenia 5º Livedo reticularis, 6º Raynaud. Tercer caso 1º abortos 2º Trombopenia 3º Ictus isquémico 4º Epilepsia, 5º Insuficiencia mitral. Cuarto caso 1º Trombosis arteria central de la Retina, 2º TVP. Quinto caso 1º Trombopenia 2º TVP. Sexto caso 1º TVP 2º Cesáreas 3º Raynaud.

DISCUSIÓN

La forma de presentación de nuestra serie coincide en 4 casos con 1ª síntoma TVP, 2ª Trombopenia, 3ª Ictus, 4ª Livedo reticularis 5º Abortos, 6ª F Raynaud. Presentan los puntos diagnósticos cardinales clínicos además de los serológicos, lo que facilita su diagnóstico y nos permita diferenciarlos de otras patologías como PTT (1º Ictus isquémico: clínica neurológica fluctuante, 2º Trombopenia, Anemia hemolítica 3º ascenso LDH), así la afectación neurológica de la PTT se diferencia del SAF en que la afectación es de pequeño vaso y difusa y la SAF afecta a vaso mediano y suele reincidir mismo territorio vascular.

CONCLUSIONES

La presentación clínica apoya el diagnóstico definitivo de SAF y permite diferenciarlo de otras patologías similares.

Resultados (T-01)

| | TVP | TROMBOPENIA | LIVEDO RETICULARIS | TROMBOSIS ARTERIAL CEREBRAL | TROMBOFLEBITIS SUPERFICIAL | ABORTOS | OTROS |
|---------|-----|-------------|--------------------|-----------------------------|----------------------------|---------|-------|
| 1º caso | si | si | no | no | si | no | si |
| 2º caso | si | si | si | si | no | si | si |
| 3º caso | no | si | si | si | no | si | no |
| 4º caso | no | no | si | si | no | no | no |
| 5º caso | si | si | no | no | no | no | |
| 6º caso | si | no | no | no | no | no | |



Varios (V)

V-01 INMIGRANTES SUBSAHARIANOS INGRESADOS EN MEDICINA INTERNA DE UN HOSPITAL COMARCAL: SERIE DE CASOS

A. Gallego de la Sacristana López Serrano¹, M. Moreno Conde¹, J. Bonilla Palomas², R. Martínez Cobo³, A. Soto Benegas³

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Cardiología, ³Servicio de Neumología. Hospital San Juan de la Cruz. Úbeda (Jaén)

OBJETIVOS

Estudio descriptivo sobre pacientes de origen subsahariano hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna de nuestro Hospital: Antecedentes, motivo de consulta, exploraciones realizadas, diagnóstico y seguimiento al alta.

MATERIAL Y MÉTODO

Se han recopilado las historias clínicas de todos los pacientes de origen subsahariano hospitalizados en Medicina Interna de nuestro Hospital durante la campaña de recolección de aceituna 2010-2011.

RESULTADOS

La edad media fue de 32 años (24-42). Sólo tres pacientes referían antecedentes patológicos (cardiopatía, ulcus duodenal, prostatitis). Desde el inicio de los síntomas hasta el ingreso transcurrieron 26.4 días de media (7-90). La estancia media hospitalaria fue de 10 días (5-20). Los diagnósticos principales fueron: Dos casos de Tuberculosis activa (una vertebral y otra pulmonar); una bronconeumonía con enfisema buloso; una meningitis vírica; un debut diabético; una insuficiencia aórtica masiva; un infarto de miocardio evolucionado; una miocardiopatía dilatada severa con hipertiroidismo grave. Se realizaron serologías frente a VHB, VHC y VIH en 5 pacientes, siendo todas negativas excepto una HBs-Ag +.

DISCUSIÓN

Los pacientes estudiados presentaron patologías graves muy evolucionadas y demoraron excesivamente la solicitud de asistencia sanitaria desde el inicio de los síntomas.

CONCLUSIONES

Los pacientes subsaharianos hospitalizados en Medicina Interna de nuestro Hospital son varones jóvenes, previamente sanos y frecuentemente con patologías graves evolucionadas. Aunque las infecciones (especialmente tuberculosis) siguen siendo un diagnóstico frecuente en este colectivo, se ha obtenido una importante proporción de patologías cardíacas.

V-02 CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICAS Y COMPLICACIONES DE UNA SERIE DE CPRE

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

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

OBJETIVOS

La colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) es la técnica diagnóstico-terapéutica de elección para la vía biliar. El objetivo del estudio es analizar las características clínicas y epidemiológicas de una serie de pacientes a los que se ha realizado CPRE, así como caracterizar las complicaciones asociadas a dicha técnica e identificar posibles variables predictoras de las mismas.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo-observacional retrospectivo. Durante un periodo de 48 meses (2007-2010) se han seleccionado todos los pacientes a los que se ha realizado CPRE en nuestro centro, revisando sus historias clínicas. Se han recogido variables del paciente (demográficas, epidemiológicas, situación clínica, indicación de la técnica) y variables asociadas al procedimiento (diagnóstico y/o terapéutico, dificultad, alteraciones funcionales y/o estructurales, etc.). Se recogieron las complicaciones que aparecieron durante o posterior a la realización de CPRE. Se realizó análisis descriptivo y univariante y ulterior análisis mediante regresión logística (SPSS) para identificar variables asociadas a la aparición de complicaciones por CPRE.

RESULTADOS

Para el periodo descrito se seleccionaron 97 CPRE realizadas en 91 pacientes. Eran 39 (40.2%) varones y 58 (59.8%) mujeres. La edad media fue de 70±15.5 años (rango: 14-91); el 60% de la serie tenía más de 70 años. El 41.2% de los pacientes presentaba algún tipo de comorbilidad, destacando: diabetes mellitas 18.6%, cardiopatía 10.3%, neoplasia 3.1%. El 25.8% presentaba obesidad. El 22.6% tenía limitación funcional. Al 23,7% de los casos se les había realizado previamente la técnica de CPRE y en el 35% habían sufrido cirugía de la vía biliar previamente. En el 29,9% de los casos habían presentado cuadro de pancreatitis aguda previa. La indicación de CPRE fue mayoritariamente (85.6%) por coledocolitiasis. La técnica fue terapéutica en el 86.6%. Presentaron alteración estructural de la vía biliar 23 (23,7%) pacientes. En 9 casos se consideró que la CPRE fue dificultosa. Los procedimientos que se realizaron fueron: esfínterotomía (86,7%), extracción con balón (53,3%), colocación de stent (13,2%). En 21 (21,6%) de los casos hubo alguna complicación: pancreatitis aguda (13,4%), hemorragia (7,3%) y colangitis (1%). Ninguna de las variables descritas anteriormente, tanto las relacionadas con el paciente como las relacionadas con la técnica se asoció con la aparición de complicaciones por CPRE.

DISCUSIÓN

En diversos estudios la tasa de complicaciones asociadas a la técnica oscila entre 4-15%. Entre los factores predictores de complicaciones identificados en la literatura



se encuentra: 1) relacionados con el paciente: sospecha de disfunción del esfínter de Oddi, edad <60 años, sexo femenino, historia previa de pancreatitis post-CPRE y 2 o más inyecciones de contraste en el conducto pancreático; y 2) factores de riesgo relacionados con la técnica: la canalización de la vía biliar difícil-moderada (>8 intentos), la esfinterotomía de la papila menor, la experiencia del endoscopista y el tipo de procedimiento (terapéutico>diagnóstico). En nuestro estudio, además de encontrar una mayor incidencia de complicaciones por CPRE, no identificamos variables predictoras de las mismas. Probablemente la escasa casuística de nuestra serie sea el motivo.

CONCLUSIONES

La CPRE se asocia a un alto porcentaje de complicaciones. En nuestro estudio no existen factores de riesgo en relación con el paciente, ni con la técnica que sean predictores de riesgo para el desarrollo de complicaciones asociadas a la CPRE.

V-03 EVALUACIÓN DE LA POLÍTICA DE PREVENCIÓN DE RIESGOS ASOCIADOS A LA INSERCIÓN DE CATÉTERES INTRAVENOSOS PERIFÉRICOS (CVP)

R. Solís López, J. Blanco Hidalgo, C. Toquero Pichardo, S. Romero Carmona, R. García Guerrero

UCAMI. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla

OBJETIVOS

La inserción de CVP en una práctica muy común en UCAMI. Por tal motivo, se ha apostado por seguir exhaustivamente el protocolo diseñado por la Unidad de Calidad de Centro, para la inserción y vigilancia de los mismos y contribuir de forma efectiva a la prevención de efectos adversos. Conocer la aceptación y ejecución por parte de los profesionales del citado protocolo. Conocer otras medidas para disminuir el riesgo de flebitis en los portadores de CVP.

MATERIAL Y MÉTODO

METODOLOGÍA: Fue realizado un estudio descriptivo prospectivo a lo largo de 3 meses en UCAMI. Se ha recogido información de 55 casos mediante un registro específico (parilla) y un cuestionario dirigido a los profesionales para evaluar los siguientes indicadores: Conocimientos y utilización del protocolo, anotaciones del procedimiento y día de la cura del catéter, anotaciones sobre flebitis recogidas en las evoluciones de enfermería, notificaciones de efectos adversos a la Comisión Central de Calidad del Centro, cultivos del catéter en caso de infección, toma de cultivos si fiebre atribuible al catéter, utilización de catéter diferenciado para antibioterapia y para N. Parenteral, Activación de los siguientes Diagnósticos de Enfermería: "Riesgo de infección en relación con inserción de catéter venoso periférico", como un problema interdependiente y "Deterioro del bienestar en relación con dolor, rubor y calor en el punto de punción manifestado por quejas verbales y miedo manifiesto a mover el miembro. El procesamiento de los datos se llevó a cabo con el paquete estadístico SPSS 18.0. Se empleó estadística descriptiva, frecuencias y porcentajes.

RESULTADOS

El 80% de los profesionales conocen y utilizan el protocolo, solo se han anotado en un 13% de las historias las fechas y procedimientos de vigilancia de los catéteres, solamente en un 9% se han anotado en las evoluciones de enfermería los cambios de vías por aparición de flebitis, No se ha notificado ningún efecto adverso a la C. Central de Calidad, no se han sacado cultivos seriados ni se han cultivado las puntas de catéter en caso de flebitis, en un 98% de la veces se han insertado un catéter nuevo para la N, Parenteral.. En ningún plan de cuidados personalizado aparecen los diagnósticos referenciados.

DISCUSIÓN

Los profesionales conocen y aceptan el protocolo, pero no dejan anotado en las historias estos procedimientos. En la evolución, no se reflejan las medidas seguidas para controlar la infección, tampoco se sigue la política de notificación de estos incidentes. A pesar de que sabemos que las infecciones relacionadas a la inserción de catéteres, implican morbilidad elevada, aumento de tasas de mortalidad, hospitalización prolongada (media de 7 días) y sobrecostos. Una de las limitaciones del estudio fue no contar con evaluación microbiológica de los catéteres retirados, para detectar si hablamos de infección nosocomial cuando es cierta y demostrable la causalidad del catéter como origen del proceso infeccioso, o de infección concomitante en la que si bien existe sospecha de que el catéter sea la causa, no ha sido posible demostrarlo bacteriológicamente.

CONCLUSIONES

Una de las limitaciones del estudio fue no contar con evaluación microbiológica de los catéteres retirados, para detectar si hablamos de infección nosocomial, o de infección concomitante en la que si bien existe sospecha de que el catéter sea la causa, no ha sido posible demostrarlo bacteriológicamente. Se hace necesario reevaluar algunas prácticas como los registros y evoluciones, porque enfermería tiene un papel preponderante en la prevención riesgos de infección y debemos evitar la opción a que otros puedan suplantar el protagonismo que nos corresponde.

V-06 INTERCONSULTAS QUIRÚRGICAS AL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

M. Ruiz González, M. Martín Armada, G. Gutiérrez Lara

Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario de Jaén. Jaén

OBJETIVOS

Las consultas de servicios quirúrgicos suponen una importante carga asistencial en el trabajo diario del internista, ya que en su mayoría, se trata de pacientes de elevada complejidad y que requieren un seguimiento estrecho. Analizamos la demanda de estos servicios, el seguimiento de este tipo de pacientes y el diagnóstico final.

MATERIAL Y MÉTODO

Se trata de un estudio retrospectivo en el que se recogieron los datos de 173 hojas de consulta realizadas por los servicios del área quirúrgica (Cirugía General y Aparato



Digestivo, Cirugía Vascul, Cirugía Torácica y Urología) dirigidas al Servicio de Medicina Interna de un Hospital de tercer nivel. Tiene lugar desde los meses de Diciembre de 2010 a Marzo 2011, excluyendo el área de infecciones y las interconsultas realizadas en el Hospital Traumatológico. Se ha realizado un análisis estadístico de los datos mediante el programa SPSS. Los parámetros estudiados fueron motivo de consulta, tiempo transcurrido hasta ser contestada la interconsulta, prioridad, requerimiento de un seguimiento posterior por Medicina Interna, diagnóstico final y datos de mortalidad en este grupo de pacientes.

RESULTADOS

Las interconsultas de servicios quirúrgicos supusieron el 47.4% del total, tratándose en su mayoría del servicio de Cirugía General (53.9%). Casi en la mitad de los casos, el papel de internista se centró en una sola interconsulta (46%), siendo del 43.8% el porcentaje de pacientes que requirieron seguimiento. Solo un 5% de los mismos, pasaron a cargo del Servicio de Medicina Interna. El éxito aconteció en un 10%. En cuanto a la prioridad de las peticiones, el 52% fueron urgentes y el 70% fueron contestadas el mismo día de su solicitud. Los motivos de consulta más frecuentes por parte del área Quirúrgica son insuficiencia respiratoria (30.3%), ajuste de tratamiento (14.2%) e Insuficiencia Cardíaca (13.5%). Otros motivos eran alteraciones de conducta (7.9%), infección respiratoria no condensativa (7.9%), HTA (4.5%), insuficiencia renal aguda (3.4%), arritmias (3.4%), deterioro general (2.2%), neumonía (2.2%), dolor torácico (2.2%), alteraciones hidroelectrolíticas (1.1%), Diabetes Mellitus (1.1%) y otros (5.6%). Entre los diagnósticos realizados finalmente por el internista cabe destacar Insuficiencia Cardíaca (21.3%), patología respiratoria descompensada (13.5%), cuadro infeccioso (9%), arritmia cardíaca (5.6%), anemia (5.6%), enfermedad tromboembólica (3.4%) y neoplásica (3.4%).

DISCUSIÓN

Observamos una gran demanda de colaboración a Medicina Interna por parte de Cirugía General respecto a Urología, Cirugía Vascul y Torácica que por el diseño de nuestro estudio, no hemos podido analizar. La gran mayoría de las interconsultas fueron realizadas por causas respiratorias (40.4%) y cardiovasculares (23.6%), lo que ha condicionado el carácter urgente de la mitad de las mismas y la alta tasa de mortalidad. Solo un 10% de las consultas fueron por infecciones respiratorias (condensativas o no) lo que creemos es debido a la existencia de una Unidad de Infecciones. Llama la atención las pocas ocasiones en las que se consulta por Diabetes Mellitus, debido en parte a la instauración en el hospital de un protocolo de insulinización y en parte, en que se incluye en la colaboración para ajustes de tratamiento (14.2%) de enfermos pluripatológicos descompensados. La patología diagnosticada con mayor frecuencia es la Insuficiencia Cardíaca, motivado en gran medida por la sobrecarga de volúmenes plasmáticos a la que suelen ser sometidos estos pacientes.

CONCLUSIONES

-La mitad de las interconsultas al servicio de Medicina Interna proceden del área quirúrgica (sin incluir traumatología, Neurocirugía y Otorrinolaringología). -El 43 % de los pacientes requieren seguimiento por Medicina Interna, lo que supone una importante

carga asistencial en la actividad diaria del internista. -Dado que la mayor parte de las consultas son por patologías cardiovasculares y respiratorias, creemos que se deberían diseñar protocolos de actuación de carácter preventivo.

V-08 REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LA LITERATURA SOBRE EL USO DE ORLISTAT EN LA ESTEATOSIS Y ESTEATOHEPATITIS NO ALCOHÓLICA

D. Ledro Cano¹, D. López Peñas¹, R. Pérez Cano², D. Ledro Molina³

¹Servicio de Medicina Interna. Aparato Digestivo. Complejo Hospitalario Llerena-Zafra.

Llerena (Badajoz)

²Servicio de Medicina Interna. Reticef. Complejo Hospitalario Regional Virgen Macarena.

Sevilla

³Servicio de Medicina Interna. Real Academia de Medicina y Cirugía de Sevilla. Sevilla

OBJETIVOS

Conocer los beneficios del uso de orlistat en la esteatosis y esteatohepatitis no alcohólica, según la medicina basada en la evidencia.

MATERIAL Y MÉTODO

Realizamos una búsqueda bibliográfica electrónica en la base de datos Medline de la Biblioteca Nacional de Estados Unidos, utilizando los términos anglosajones NAFLD, NASH y Orlistat. Limitamos nuestra búsqueda a ensayos clínicos y ensayos controlados aleatorizados.

RESULTADOS

Identificamos cinco ensayos clínicos y cuatro ensayos clínicos controlados aleatorizados, dos de los cuales proponía un manejo, utilizando varios fármacos. Varios estudios no controlados confirman la mejoría en los niveles de transaminasas y en el aspecto ecográfico esteatótico del hígado de los pacientes con esteatosis y esteatohepatitis no alcohólica, al incorporar el uso de orlistat a los cambios en el estilo de vida (Sabuncu T, 2003; Harrison SA; 2003; Harrison SA, 2004), al uso de atorvastatina y al uso de ácidos grasos omega 3 (Hatzitolios A et al, 2004). En uno de los estudios controlados aleatorizados que incluía 50 pacientes (Harrison SA et al, 2009), el uso de Orlistat no provocó mayor mejoría de la bioquímica ni de la histología hepática que la modificación de los estilos de vida, aunque en otro estudio controlado aleatorizado que comprendía 14 pacientes (Hussein O et al., 2007), el tratamiento combinado de dieta hipocalórica con Orlistat condujo a una mayor mejoría de la bioquímica e histología hepática frente a la dieta hipocalórica exclusivamente. De la misma manera, en otro estudio aleatorizado que incluía 40 pacientes (Zelber-Sagi et al, 2006), el uso de Orlistat condujo a una mejoría en el nivel de transaminasas y en el aspecto ecográfico del hígado, con respecto a un placebo. Finalmente en un estudio, que incluía 186 pacientes con un abordaje de polimedicación (Atorvastatina o Fenofibratos o ambos fármacos, Orlistat, Antihipertensivos principalmente lecas y Metformina), así como cambios en los estilos de vida (Athys VG et al, 2006), los autores concluyeron que el tratamiento combinado multifactorial provocaba una mejoría del aspecto ecográfico del hígado y de los niveles de transaminasas.



DISCUSIÓN

No existe ningún meta-análisis que aborde el uso de Orlistat en los pacientes con esteatosis y esteatohepatitis no alcohólica. Existen pocos ensayos clínicos, además algunos de ellos utilizan la polifarmacia. Uno de los estudios controlados aleatorizados evalúa de la misma manera, el uso combinado de varios fármacos a un tiempo. Además es escaso el número de pacientes estudiados. Solo tres de ellos, compararon Orlistat en monoterapia con placebo o dieta hipocalórica con suplementos de Vitamina E, con resultados favorables en dos de ellos pero con un número total escaso de pacientes (54 pacientes) frente al estudio cuyos resultados no reflejaban ninguna ventaja adicional con el uso de Orlistat (50 pacientes).

CONCLUSIONES

En la práctica clínica, la eficacia mostrada por Orlistat parece marginal. Son necesarios estudios controlados aleatorizados con mayor número de pacientes, para evaluar el uso de Orlistat en monoterapia combinado con dieta hipocalórica y ejercicio físico en la mejoría de los pacientes con esteatosis y esteatohepatitis no alcohólica.

V-09 MODELO DE DISTRIBUCIÓN DEL TRABAJO DE LAS INTERCONSULTAS HOSPITALARIAS DE SERVICIOS QUIRÚRGICOS EN NUESTRO SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

M. Ruiz González, M. Martín Armada, J. Trujillo Pérez, F. Molina Molina
Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario de Jaén. Jaén

OBJETIVOS

La organización de las interconsultas de servicios quirúrgicos es muy heterogénea en nuestro país. Describimos y comparamos con otros estudios, el modelo de distribución del trabajo de las interconsultas de servicios quirúrgicos a nuestro servicio de Medicina Interna.

MATERIAL Y MÉTODO

Nuestro estudio tiene lugar en el Complejo Hospitalario de Jaén que abarca una población alrededor de 333.000 habitantes. Incluimos las interconsultas realizadas en el Hospital Médico- Quirúrgico del Complejo, excluyendo el área de infecciones, Hospital Materno-Infantil y Neurotraumatológico. Incluye Servicios puramente quirúrgicos como Cirugía General, Cirugía Vasculard, Cirugía Torácica, Urología y médico quirúrgico como Ginecología y Obstetricia. Se trata de un estudio descriptivo, retrospectivo recogándose de los meses de Diciembre de 2010 a Marzo del 2011. El análisis cuantitativo se realizó mediante el Programa estadístico SPSS edición 17.

RESULTADOS

Las interconsultas de servicios quirúrgicos supusieron 47.4% del total de las interconsultas contestadas en nuestro servicio en ese periodo de tiempo. Todas las interconsultas se realizaron por valoración personal del médico que asistía al enfermo ese día, sin seguir ningún protocolo. El 43.8% de los pacientes requirieron un seguimiento posterior y el 5.6% pasan a cargo de Medicina Interna. El 52.8% se solicitaron con carácter urgente.

Las interconsultas se asignan por plantas, sin interconsultor único que se dedique a esta labor. Los Médicos Interno Residentes participan durante el horario de guardia y rotación en nuestro servicio. El 70% de las consultas se contestaron en el día de su petición. El registro de esta actividad se realizó en todos los casos de forma no avanzada, en formato de papel y sin soporte informático, lo que ha dificultado en algunos casos la recogida de la información.

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos son que casi la mitad de los pacientes por los que somos consultados requieren un seguimiento posterior, que el 5.6% pasan a cargo de Medicina Interna, que el 52.8% son hojas Urgentes que hay que realizarlas sin demora y el 70% son contestadas en el día. Todo ello refleja la elevada carga asistencial que supone esta actividad, que se suma a la lista de pacientes que a diario se asisten en nuestro servicio. Al realizar las interconsultas en formato de papel y no informático, la recogida de datos ha presentado pérdida en ocasiones de los mismos. La atención reglada a las interconsultas supone una mayor agilidad asistencial con respecto al sistema a demanda, de tal manera que las revisiones se realizarían sin necesidad de nuevas interconsultas y con mayor rapidez. El que el seguimiento y las revisiones de posteriores hojas de consulta de un mismo paciente fuera realizado por el mismo facultativo, implicaría un aumento de la calidad asistencial.

CONCLUSIONES

-La actividad de interconsultas hospitalarias de servicios quirúrgicos en nuestro servicio de Medicina Interna supone una carga de trabajo adicional a la convencional. -Nuestros resultados coinciden con otros que subrayan la escasa organización y valoración de esta actividad. -El registro informático y la realización de protocolos de solicitud mejoraría la realización y valoración de esta actividad. -Creemos necesario la presencia de más personal con dedicación exclusiva y preferentemente mediante su integración en servicios quirúrgicos. -La asistencia por un mismo facultativo mejoraría la calidad asistencial ya que implicaría una menor demora en el seguimiento.

V-10 ESTUDIO DE LAS DERIVACIONES DEL SERVICIO DE URGENCIAS A UNA CONSULTA DE MEDICINA INTERNA

M. Ruiz González, L. Muñoz Fernández, F. Bññez Sánchez, F. Molina Molina
Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario de Jaén. Jaén

OBJETIVOS

La falta de coordinación y organización entre el servicio de Urgencias y la atención especializada, genera demora en la asistencia de los pacientes. En nuestro estudio pretendemos valorar la pertinencia de las derivaciones de pacientes atendidos en Urgencias, a una consulta externa de Medicina Interna.



MATERIAL Y MÉTODO

Se trata de un estudio descriptivo en el que se analizan las características de las derivaciones desde el Servicio de Urgencias del Complejo Hospitalario de Jaén que abarca una población de 330.000 individuos. El total de la muestra son 25 pacientes citados consecutivamente en una consulta externa de Medicina Interna a lo largo de un mes, que fue asistida por un mismo facultativo. La recogida de datos incluyó la edad y sexo de los pacientes, el motivo de derivación a consulta de Medicina interna, si existía pertinencia en la derivación o qué servicio debería de proceder al estudio y seguimiento del paciente junto al diagnóstico final del proceso. El registro de la actividad se realizó en todos los casos en soporte informático, lo que favorece la recopilación de los datos. Dos facultativos de Medicina Interna eran los que evaluaron la pertinencia de la derivación de los pacientes basándose en la clínica de cada paciente y pruebas complementarias aportadas desde el Servicio de Urgencias.

RESULTADOS

La edad media de los pacientes era de 65 años, siendo el 32 % mayores de 70 años. En el 40% de los casos, la derivación no era pertinente siendo el servicio más adecuado para valorar a estos pacientes Atención Primaria (70%). Se debería de haber llevado a cabo la hospitalización desde el Servicio de Urgencias en un 8%. Cabe destacar que el 68% de los pacientes no requerían seguimiento por Medicina Interna y fueron derivados a Atención Primaria o a otras especialidades en el caso de que se precisara. Las causas más frecuentes de derivación fueron estudio de anemia, sospecha de tromboembolismo y pérdida de peso con dolor abdominal.

DISCUSIÓN

La optimización de los recursos existentes debe ser una tarea previa a cualquier otra medida para la reducción de las listas de espera. La adecuación de las derivaciones unida a un tiempo de asistencia relativamente corto, son los puntos claves para un mejor aprovechamiento de los recursos. En nuestro estudio, la consulta fue llevada a cabo por un mismo facultativo, lo que favorece la calidad asistencial de los pacientes para un posterior seguimiento si lo precisaban. En algunos casos, la limitación en términos de "lista de espera" impide que el seguimiento del paciente pueda ser más estrecho, lo que implica que se precise de la hospitalización ante patologías en las que la demora diagnóstica es de importancia vital. En todos los casos las derivaciones del Servicio de Urgencias proceden con informes clínicos y estudios complementarios, lo que favorece la rapidez en el proceso diagnóstico y terapéutico. Esto hace que en la mayoría de los casos la atención especializada se resuelva en un acto único. La implicación que supone que la orientación clínica desde el servicio de Urgencias no sea la adecuada, es que se alarga el proceso que implica la derivación a otra especialidad más adecuada para la patología en cuestión y con ello el diagnóstico y tratamiento.

CONCLUSIONES

-En muchos casos la falta de utilización de protocolos de derivación a atención especializada supone demora en la atención de los pacientes y una sobreutilización de estos servicios. -La no pertinencia en las derivaciones de pacientes implica una sobrecarga del sistema que alarga los tiempos de demora asistencial, suponiendo una importante

desventaja para los mismos. -Creemos necesario la adecuada priorización de las patologías para promover la calidad asistencial, al igual que una correcta derivación al servicio más adecuado para evitar sucesivas consultas en atención especializada que impliquen un retraso diagnóstico y terapéutico.

V-11 NÓDULOS PULMONARES: UNA MANIFESTACIÓN EXTRAINTestinal INFRECUENTE DE LA ENFERMEDAD DE CROHN Y DE LA COLITIS ULCEROSA

M. Carrascosa Porras¹, M. Valiente Millán¹, M. Cobo Martín², J. Salcines Caviedes², M. Zabaleta Murguiondo³, P. González Gutiérrez⁴, A. Cuadrado Lavín², J. García Rivero³

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital Comarcal de Laredo. Laredo (Cantabria)

²Servicio de Digestivo, ³Servicio de Respiratorio, ⁴Servicio de Radiología. Hospital Comarcal de Laredo (Cantabria)

OBJETIVOS

(1) Presentar el caso de un paciente anciano con nódulos pulmonares (NP) bilaterales como manifestación respiratoria de una colitis ulcerosa, de aparición simultánea. (2) Comentar los 14 casos publicados hasta la fecha de esta asociación (NP y enfermedad inflamatoria intestinal, EII).

MATERIAL Y MÉTODO

Se incluyen pacientes con EII en quienes se objetivó la presencia de NP mediante estudio radiológico y/o anatomopatológico, sin datos asociados que hicieran pensar en una etiología distinta a la propia EII para explicar las lesiones pulmonares.

RESULTADOS

(1). Paciente de 73 años que acudió a Urgencias refiriendo dolor abdominal, rectorragias, anorexia y pérdida de peso en los últimos 18 días. Presentaba anemia y elevación de PCR y VSG. En la Rx de tórax había pequeñas opacidades parahiliares izquierdas. En la TAC torácica se detectaron NP bilaterales < 7 mm. La colonoscopia y las biopsias de colon fueron diagnósticas de colitis ulcerosa (CU). Como no existía evidencia de otras patologías a las que imputar los NP y el brote de CU era grave, se inició tratamiento con metilprednisolona, sustituida luego por infliximab debido a respuesta incompleta a la córticoterapia. No se realizó biopsia de los NP. Diecinueve meses después del diagnóstico de CU, el paciente se encuentra asintomático, la analítica sanguínea y la colonoscopia son normales y sólo se objetivan 3 NP < 3 mm en lóbulo superior izquierdo. (2). Se han publicado 14 casos de NP asociados a EII, que con el nuestro sumarían 15. Diez eran mujeres (20-75 años; edad media 44) y 5 hombres (43-73; 57.8). La enfermedad de Crohn (EC) se diagnosticó en 10 pacientes, la CU en 4 y 1 enfermo fue portador de "pancolitis" inespecífica. El diagnóstico de EII precedió al hallazgo de los NP en 10 casos. El diagnóstico anatomopatológico se obtuvo en 12 casos, siendo los nódulos inflamatorios necrobióticos el hallazgo más frecuente. La evolución clínica y radiológica fue favorable en 14 casos, en 12 de ellos con tratamiento corticoideo sistémico y/o inmunosupresor y en 2 sin farmacoterapia (observación clínica solamente).



DISCUSIÓN

Las manifestaciones extraintestinales de la EII son frecuentes, encontrándose presentes en el 25-40% de los pacientes. Dentro de ellas, las más habituales son las musculoesqueléticas, las oculares, las hepatobiliares, las cutáneas y las orales. Aunque menos descrita, la afectación torácica parece ser más frecuente de lo reconocido hasta ahora, con un espectro que va desde la afectación funcional respiratoria subclínica y las bronquiectasias hasta cuadros graves intersticiales, vasculíticos y tromboembólicos. Los NP añadirían otro elemento más a este conjunto de complicaciones. A pesar de que en la mayoría de los casos descritos tales nódulos desaparecieron con tratamiento, en dos enfermos lo hicieron de modo espontáneo. Este hecho haría pensar que, en determinadas situaciones, podría adoptarse una actitud diagnóstica menos agresiva. El mecanismo por el cual aparecen las manifestaciones respiratorias en la EII no está aclarado. Sin embargo, el hecho de que el epitelio respiratorio y el pulmonar tengan un origen embriológico común (intestino primitivo), puede proporcionar una base fisiopatológica para explicarlo.

CONCLUSIONES

Los NP pueden aparecer en pacientes con EC o CU como una manifestación respiratoria de la enfermedad intestinal. No obstante, la asociación EII-NP constituye un diagnóstico de exclusión y antes debe descartarse la presencia de neoplasia o infección. La evolución de tales nódulos es favorable, generalmente con tratamiento corticoideo.

V-12 METAANÁLISIS SOBRE LA PRECISIÓN DIAGNÓSTICA DE LA ENDOSCOPIA CON CÁPSULA DE COLON

D. Ledro Cano¹, D. López Peñas¹, R. Pérez Cano², D. Ledro Molina³

¹Servicio de Medicina Interna. Aparato Digestivo. Complejo Hospitalario Llerena-Zafra. Llerena (Badajoz)

²Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Virgen Macarena. Sevilla

³Servicio de Medicina Interna. Real Academia de Medicina y Cirugía de Sevilla. Sevilla

OBJETIVOS

La endoscopia con cápsula colónica es una técnica no cruenta y no dolorosa usada para examinar el colon sin sedación o insuflación de aire. Efectuamos una revisión sistemática y un metaanálisis para valorar su precisión en la detección de patología.

MATERIAL Y MÉTODO

Efectuamos una búsqueda de los estudios publicados en la base de datos Medline, desde 2006 a 2011, usando los términos de búsqueda "Pillcam" y "Colon". Calculamos la especificidad y la sensibilidad para el diagnóstico de patología del colon, mediante el programa estadístico Review Manager. Versión 5.0. Copenhagen: The Nordic Cochrane Centre, The Cochrane Collaboration, 2008.

RESULTADOS

Identificamos un metaanálisis y cuatro estudios prospectivos. Solo incluimos estudios, donde el paciente era sometido a endoscopia convencional y a endoscopia con cápsula. La Tabla 1 recoge las características de los estudios. El conjunto de los estudios agrupa-

ba a 1272 pacientes, sometidos a endoscopia con cápsula de colon. La Tabla 1 recoge las características de los estudios. La sensibilidad global de la técnica fue 75.97% mientras la especificidad global fue 72.77%.

CONCLUSIONES

La sensibilidad de la endoscopia con cápsula de colon para la detección de patología colónica se compara favorablemente con otras estrategias cruentas de cribado del cáncer colorrectal. Es probable que su especificidad se haya subestimado porque los operadores que revisan el video permanecen ciegos para los resultados del examen con la colonoscopia de referencia.

Características de los estudios incluidos. *Meta-análisis. (V-12)

| Autor | Año | Nº de Pacientes | Sensibilidad | Especificidad |
|-----------|------|-----------------|--------------|---------------|
| Eliakim | 2009 | 104 | 89% | 76% |
| Herrerías | 2011 | 144 | 84% | 62.5% |
| Pilz | 2010 | 59 | 79% | 54% |
| Spada* | 2010 | 837 | 71% | 75% |
| Gay | 2010 | 128 | 87.5% | 75.8% |
| Total | 2011 | 1272 | 75.97% | 72.77% |

V-13 IDENTIFICACIÓN DE NUEVOS BIOMARCADORES EN LA ENFERMEDAD DE GAUCHER MEDIANTE TÉCNICAS DE PROTEÓMICA DIFERENCIAL

I. Martín Garrido¹, M. Martínez Rísquez¹, B. Herrero Hueso¹, M. Calero Bernal¹, E. Campano², V. Friaza², R. Morilla², E. Calderón²

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

²CIBER de Epidemiología y Salud Pública. Medicina Interna. Complejo Hospitalario Virgen del Rocío. Sevilla

OBJETIVOS

La disponibilidad de tratamientos efectivos pero costosos para la enfermedad de Gaucher ha llevado al desarrollo de marcadores biológicos que permitan controlar tanto la evolución de la enfermedad como la respuesta al tratamiento. Aunque la quitotriosidasa constituye un excelente biomarcador, presenta algunas limitaciones como la ausencia o disminución de su expresión por mutaciones genéticas en un porcentaje no despreciable de la población y su poca correlación con las complicaciones óseas de la enfermedad. Las nuevas técnicas de proteómica diferencial permiten comparar cuantitativa y cualitativamente la expresión proteica en diferentes muestras y situaciones clínicas constituyendo una herramienta que puede ser muy útil para la identificación de biomarcadores. El objetivo de este trabajo fue explorar la posible utilidad del estudio de la expresión diferencial de proteínas con estas técnicas para identificar nuevos biomarcadores para la enfermedad de Gaucher.



MATERIAL Y MÉTODO

Población: Se estudiaron muestras séricas procedentes de una paciente con enfermedad de Gaucher portadora de las mutaciones N370S y G195W antes de iniciarse el tratamiento y tras el tratamiento con imiglucerasa una vez normalizadas las alteraciones hematológicas y desaparecida la esplenomegalia inicial, una muestra de una mujer asintomática portadora de la mutación N370S en heterocigosis y dos controles sanos, mujeres de edad similar a la paciente. En todos los casos se solicitó previamente el consentimiento informado. **Método:** 80 ul de cada suero se trataron con el kit comercial Proteoprep 20 Plasma inmunodepletion kit de Sigma-Aldrich para eliminar las proteínas mayoritarias. Las proteínas resultantes se precipitaron en metanol: cloroformo y se resuspendieron con Urea 4M, 0.16% ProteaSMax (Promega) en 500 mM TEAB pH 8, procediéndose a la digestión con tripsina de 100 ug de proteínas de cada muestra y al posterior marcaje utilizando etiquetas isobáricas (ITRAQ Reagent, Applied Biosystems) de los péptidos resultantes. Tras el marcaje se combinaron los péptidos procedentes de los diferentes sueros y se les sometió a isoelectroenfoque en tiras de 7 cm de pH 3-10 NL. Las tiras se trocearon extrayéndose los péptidos para su análisis por LC/MS/MS (nanoLC nanoESI-QTOF, QSTAR XL, Applied Biosystems). Los espectros de MS/MS se analizaron con el software PROTEIN PILOT v3.0 (Applied Biosystems) usando el algoritmo de búsqueda PARAGON que permite identificar y cuantificar las proteínas simultáneamente.

RESULTADOS

Se identificaron un total de 151 proteínas de las cuales 49 mostraron valores estadísticamente diferentes entre el suero de la paciente con Gaucher antes de iniciar el tratamiento y el suero de los controles. De ellas 23 estaban elevadas y 26 tenían niveles disminuidos. Catorce proteínas mostraron diferencias significativas en el suero de la paciente antes y después del tratamiento. Por otra parte, también se encontraron diferencias en la expresión de 35 proteínas entre la mujer portadora en heterocigosis de la mutación N370S y los controles.

CONCLUSIONES

La utilización de técnicas de proteómica diferencial puede ser una estrategia útil para identificar nuevos biomarcadores aplicables en la enfermedad de Gaucher. Por otra parte, estas técnicas podrían también contribuir a mejorar nuestra comprensión de los mecanismos fisiopatológicos y de las adaptaciones metabólicas que suceden en la Enfermedad de Gaucher, así como detectar posibles alteraciones subclínicas que pueden presentar los portadores heterocigotos de mutaciones de Gaucher.

V-15 INSUFICIENCIA CARDIO-RESPIRATORIA COMO MOTIVO DE CONSULTA MÁS FRECUENTE EN UN ANÁLISIS DE LAS HOJAS DE INTERCONSULTAS EMITIDAS A UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

F. Jódar Morente, R. Yeste Martín, A. Rodríguez Sánchez, M. Almenara Escribano, M. Manjón Rodríguez, D. Carrillo Ortiz, F. Molina Molina
Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Médico- Quirúrgico. Jaén

OBJETIVOS

El sistema de relación entre los servicios asistenciales hospitalarios se basa en la interconsulta médica. Los servicios de Medicina Interna son receptores de dichas demandas de asistencia por motivos múltiples, y existe divergencia entre el motivo inicial de consulta y el diagnóstico final del paciente. El objetivo de este estudio es describir uno de los motivos de consulta más frecuente: la insuficiencia cardio-respiratoria.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo mediante frecuencias. Se analizaron las hojas de interconsulta recibidas en el Servicio de Medicina Interna entre diciembre de 2010 a Marzo de 2011. No se incluyeron los servicios de Traumatología, Psiquiatría, ORL ni Máxilo-facial. Los datos recogidos fueron: servicio que realiza la interconsulta, carácter de la interconsulta (normal o urgente), tiempo que se tardó en contestar, motivo de la interconsulta, si se resolvían en un acto único o requerían seguimiento del paciente, las que pasaron a cargo de Medicina Interna y el diagnóstico. Se utilizó el programa estadístico SPSS edición 17 para el análisis de los datos.

RESULTADOS

Se analizaron 173 hojas de interconsulta. En 58 (33.5%), el motivo de consulta fue la insuficiencia cardio-respiratoria (motivo de consulta más frecuente). Los resultados de algunas variables en relación con el motivo de consulta más frecuente, que es insuficiencia cardio-respiratoria fueron: edad media de 76,3 años; hubo un 69% de hombres frente a 31% de mujeres; los servicios solicitantes fueron: médicos 25.9%, quirúrgicos 67,2%, médico-quirúrgicos 6,9%. Los servicios que más solicitaron hojas de interconsulta fueron Cirugía general (48,3%), seguido por Neurología (15,5%). El 52,6% fueron de carácter urgente. El 80% se contestaron en el mismo día; se resolvieron en acto único un 39,3% y hasta un 55,4% precisaron seguimiento. Los diagnósticos finales más frecuentes fueron: insuficiencia cardiaca con un 36,2%, EPOC/insuficiencia respiratoria un 22,4% y Neumonía/infección un 15,5%.

DISCUSIÓN

La interconsulta hospitalaria es una herramienta para el funcionamiento de un hospital de tercer nivel. En la actividad diaria, contestar las hojas de interconsulta recibidas en un servicio de Medicina Interna conlleva una carga importante adicional de trabajo. Al analizar los resultados en cuanto al motivo de consulta más frecuente, que fue insuficiencia cardio-respiratoria, observamos que el servicio más consultor es el de Cirugía general. Esto coincide con lo descrito en la literatura revisada. Este dato está justificado estos pacientes son complejos, con múltiples problemas médicos y estancia media y mortalidad claramente superiores respecto al resto de servicios. Una demanda de asistencia por insuficiencia cardiorrespiratoria, sea o no urgente, debe ser contestada con el menor retraso posible, y por tanto en su gran mayoría son contestadas en el mismo día, añadiendo una carga al trabajo programado. El esfuerzo que supone dicha actividad sería mejor afrontado si se dispusiera de un especialista en medicina interna dedicado a dicha tarea. Los diagnósticos finales de las insuficiencias cardio-respiratorias fueron la insuficiencia cardiaca como el más frecuente, seguido de EPOC/insuficiencia respiratoria y Neumonía/infección.



CONCLUSIONES

-La insuficiencia cardio-respiratoria como motivo de consulta a nuestro servicio, es más frecuente proviniendo de los servicios quirúrgicos, concretamente de Cirugía General.
-La mayoría de las interconsultas por insuficiencia cardiorrespiratoria se contestan en el mismo día y más de la mitad necesitan seguimiento, lo que implica una importante carga de trabajo.
-La insuficiencia cardíaca, seguida de EPOC descompensado/insuficiencia respiratoria son las causas más frecuentes subyacentes a la insuficiencia cardiorrespiratoria consultada en nuestro análisis.

V-16 MEDICINA INTERNA: "DIANA" DE LAS HOJAS DE CONSULTA DEL AREA MÉDICA DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

L. Muñoz Fernández, G. Gutiérrez Lara, M. Martín Armada, M. Ruiz González, J. Martínez Colmenero, C. Porras Arboledas, D. Carrillo Ortiz, F. Molina Molina
Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario de Jaén. Jaén

OBJETIVOS

Caracterizar las hojas de consulta (HC) realizadas a nuestro Servicio desde otras especialidades médicas; analizar el interés de las mismas como herramienta útil y fluida para el manejo de patologías subsidiarias de colaboración interespecialidades.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo y retrospectivo de una muestra aleatoria de 63 hojas de consulta (HC) realizadas a nuestro servicio datadas desde enero 2010 a marzo 2011. Análisis de las variables: especialidad médica, prioridad de la HC, motivo de HC, demora en contestar la HC, resolución de la misma (acto único, seguimiento o paso a nuestro cargo).

RESULTADOS

El mayor volumen de las HC analizadas correspondieron a Neurología 49%, Digestivo 22% y Cardiología 12%. Un 42% de las HC tenían carácter "Urgente". En cuanto a los motivos más frecuentes de HC encontramos: Neumonía (17%) y EPOC descompensada (12'3%), seguidos de Insuficiencia Cardíaca (12'9%), Insuficiencia Respiratoria (11'3%) y Alteraciones Mentales (11'3%) (desorientación, síndrome confusional agudo). la resolución de la HC precisó seguimiento por nuestra parte en un 40'3% de las HC, siendo el resto resueltas con acto único (56%). El 70% de las HC fueron contestadas en las primeras 24 horas desde su recepción, con un 100% de las HC contestadas a las 48h.

DISCUSIÓN

Medicina Interna recibe un gran número de HC, suscitadas desde la pluripatología, polimedicación, senectud o complejidad de pacientes ingresados en otras áreas médicas; esto posiciona nuestra, a veces desprestigiada especialidad, como "pilar" de la Medicina, por su visión global y el gran abanico de patologías solapadas capaz de solucionar en pacientes frágiles.

CONCLUSIONES

-Neurología es la especialidad médica que más HC genera a nuestro servicio, seguida de Cardiología y Digestivo. -Patología cardiorrespiratoria como motivo de consulta más frecuente. -Existe un porcentaje nada despreciable de HC por alteraciones mentales. -Independientemente de la prioridad de la HC, más del 2/3 de las mismas se atienden en las primeras 24h. -Más de la mitad de las HC se resuelven con un acto único por nuestra parte.

V-17 CAMBIOS EN LA ACTIVIDAD CLÍNICA EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO ACTIVO TRAS RECIBIR UNA TERAPIA DE AFRONTAMIENTO DE ESTRÉS

I. Martínez Egea¹, N. Navarrete Navarrete¹, A. Santos Ruiz², M. Peralta Ramírez², P. Baños Piñero¹, M. Arenas Miras¹, A. Fernández Miralbell¹, J. Jiménez Alonso¹

¹Unidad de Enfermedades Autoinmunes y Sistémicas (UEAS). Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada

²Facultad de Psicología. Universidad de Granada.

OBJETIVOS

En pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico (LES) el estrés cotidiano empeora la enfermedad, pudiendo desencadenar brotes. Queremos comprobar si el tratamiento del estrés cotidiano mejora la actividad de la enfermedad.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio prospectivo, aleatorizado con grupo control, con periodo de seguimiento de 15 meses. Incluimos pacientes en seguimiento en nuestra Unidad con al menos 4 criterios de clasificación de LES, niveles significativos de estrés cotidiano (puntuación en escalas de estrés percibido > 24) y alta actividad de la enfermedad (SLEDAI mayor o igual a 4). Seleccionamos 16 pacientes que se distribuyeron aleatoriamente en 2 grupos: grupo terapia (GT: n=8) y grupo control (GC: n=8). El GT recibió una terapia de afrontamiento de estrés; el GC recibió las indicaciones habituales de control del estrés. Determinamos variables físicas (clínicas y analíticas), psicológicas (estrés, síntomas somáticos y calidad de vida) y actividad de la enfermedad (SLEDAI y SLAM-R) en 4 momentos: basal, tras la terapia, a los 6 y 12 meses. El análisis de resultados se realizó con el paquete estadístico SPSS 15.0, utilizando test no paramétricos para 2 muestras relacionadas (prueba de Friedman).

RESULTADOS

Inicialmente ambos grupos eran homogéneos en las variables socio-demográficas, psicológicas y actividad de la enfermedad. Considerando la actividad determinada por SLEDAI, en cada tiempo y comparando los dos grupos, no encontramos diferencias significativas (p= 0,886). Sin embargo, en el GT encontramos mejoría significativa del SLEDAI (p= 0,002) en el análisis intragrupo, pero no en el GC (p=0,232). Observamos resultados similares con el índice SLAM-R: en el GT hubo un descenso significativo (p= 0,009) en el análisis intragrupo y no hubo diferencias significativas en el GC (p = 0,424).



DISCUSIÓN

El afrontamiento del estrés es una herramienta útil para el control del estrés, lo cual influye en el curso del LES, siendo capaz de disminuir la actividad de la enfermedad. Hemos comprobado que se produce disminución significativa de la actividad de la enfermedad en los pacientes tratados, a pesar de que en el análisis comparativo entre los dos grupos no hemos encontrado diferencias significativas, probablemente debido al pequeño tamaño muestral.

CONCLUSIONES

La terapia de afrontamiento de estrés puede disminuir la actividad de la enfermedad. Es necesaria una visión global del paciente con LES; recomendamos esta terapia en aquellos pacientes con mal control de la enfermedad, en los que además existan elevados niveles de estrés cotidiano.

V-18 MEJORÍA DE LA CALIDAD DE VIDA Y EL ESTRÉS EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO TRAS UNA TERAPIA DE AFRONTAMIENTO DE ESTRÉS COTIDIANO

I. Martínez Egea¹, N. Navarrete Navarrete¹, A. Santos Ruiz², M. Peralta Ramírez², V. Sotorrio Simó¹, C. Gil Anguita¹, J. Sabio Sánchez¹, J. Jiménez Alonso¹

¹Unidad de Enfermedades Autoinmunes y Sistémicas (UEAS). Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada

²Facultad de Psicología. Universidad de Granada.

OBJETIVOS

En pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico (LES) el estrés cotidiano empeora la enfermedad, haciendo que la calidad de vida (CV) sea peor que la de la población general e incluso que la de otros enfermos crónicos. Objetivo: comprobar si el tratamiento del estrés cotidiano mejora la calidad de vida.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio prospectivo, aleatorizado con grupo control con un seguimiento de 15 meses. Participaron 16 pacientes en seguimiento por nuestra Unidad, que cumplían al menos 4 criterios de clasificación de LES, actividad de la enfermedad (SLEDAI mayor o igual a 4) y niveles significativos de estrés (> 24 puntos en escala de estrés percibido). Se distribuyeron aleatoriamente en 2 grupos: GT (n=8), que recibió una terapia de afrontamiento de estrés y GC (n=8), que recibió los cuidados habituales de control del estrés. En 4 momentos (basal, postterapia, a los 6 y 12 meses) medimos variables físicas (valoración clínica y analítica) y psicológicas mediante la aplicación de test validados de calidad de vida con el cuestionario LupusQoL: cuestionario autoaplicado validado en nuestra población, con resultados altamente correlacionados con el cuestionario SF-36. Mide 5 ámbitos o factores: salud física, emocional, imagen corporal, carga a los otros y relaciones sexuales. Para el análisis de resultados utilizamos el paquete estadístico SPSS 15.0, empleando test no paramétricos para dos muestras relacionadas (prueba de Friedman).

RESULTADOS

En el momento basal los 2 grupos eran homogéneos en las variables socio-demográficas, psicológicas y actividad de la enfermedad. Encontramos mejoría de la vulnerabilidad al estrés en el GT a los 12 meses (p=0,046) respecto al GC (p=0,57) en el análisis intragrupo. Hubo mejoría en la puntuación del LupusQoL en el GT, en concreto en Salud Emocional (p=0,036) a los 12 meses; sin embargo, no encontramos diferencias significativas en el GC (p=0,115). Encontramos mejoría significativa de la Imagen Corporal en el GT (p=0,04) a los 12 meses, pero no en el GC (p=0,141); objetivándose en el análisis intergrupo diferencias próximas a la significación (p=0,06).

DISCUSIÓN

La calidad de vida percibida por el paciente con LES es con frecuencia independiente de la actividad de la enfermedad. En el seguimiento de nuestros pacientes debería incluirse su valoración periódica, junto con otras medidas, como la actividad de la enfermedad. El afrontamiento del estrés cotidiano ha demostrado que puede ser útil en el control del estrés y en la mejoría de la calidad de vida de los pacientes. Probablemente el pequeño tamaño de muestra, limitación frecuente en este tipo de estudios, impidió obtener mayores diferencias entre ambos grupos.

CONCLUSIONES

En el enfoque global de nuestros pacientes es fundamental intentar mejorar su calidad de vida. La terapia de afrontamiento del estrés cotidiano ha demostrado mejorar el estrés y la calidad de vida de nuestros pacientes, por lo que debería ser una herramienta a tener en cuenta.

V-19 EL DESCENSO DE LOS TRIGLICÉRIDOS EN LOS PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO EN TRATAMIENTO CON HIDROXICLOROQUINA NO ESTÁ MEDIADO POR EL DESCENSO DE LA ACTIVIDAD INFLAMATORIA NI DE LA RESISTENCIA A LA INSULINA

C. Santiago Díaz, A. Fernández Miralbell, J. Sabio Sánchez, C. Gil Anguita, V. Sotorrio Simó, M. Zamora Pasadas, N. Navarrete Navarrete, J. Jiménez Alonso
Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada

OBJETIVOS

Determinar si el descenso de triglicéridos (TG) producido por la hidroxycloroquina (HCQ) en pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) está asociado con el control de la actividad inflamatoria de la enfermedad o con la reducción de la resistencia a la insulina.

MATERIAL Y MÉTODO

En 128 pacientes con LES medimos: -Perfil lipídico, velocidad de sedimentación globular (VSG), concentración de proteína C reactiva (PCR) e interleuquina 6 (IL-6). -La actividad se estimó mediante la escala SLEDAI y el daño acumulado por el score SDI.

RESULTADOS

-El uso de HCQ se asoció a un menor porcentaje de pacientes con hipertrigliceridemia, incluso ajustando por edad, uso de prednisona y valor de SLEDAI. (p= 0,012). -Tras ajustar por edad e índice de masa corporal (IMC), los niveles de TG se correlacionaban



con mayor valor del SLEDAI, SDI, PCR, VSG, pero no con IL-6. -La HCQ, el IMC, los niveles de IL-6 y de PCR presentaban una asociación independiente con la presencia de hipertrigliceridemia en un análisis multivariante. -Los pacientes en tratamiento con HCQ tenían mayores valores del SLEDAI, niveles de complemento más bajos y mayor uso de corticoides, pero similares valores de marcadores inflamatorios en ambos grupos. -En ambos grupos, los pacientes que tomaban prednisona fueron excluidos, y los que presentaban un SLEDAI ≥ 2 fueron analizados por separado, observándose el mismo efecto de la HCQ.

CONCLUSIONES

El uso de HCQ tuvo un efecto protector sobre la presencia de hipertrigliceridemia en los pacientes con LES, incluso en los pacientes que no tomaban corticoides o presentaban un índice de actividad muy bajo. Este efecto no estaba mediado por el descenso de la actividad inflamatoria ni de la resistencia a la insulina.

Tabla (V-19)

| | Solo con HCQ | | P | Solo con Prednisona | |
|-----------------------|--------------|-----------|-------|---------------------|-----------|
| | Si (n=23) | No (n=18) | | Si (n=15) | No (n=18) |
| Triglicéridos (mg/dl) | 82±39 | 127±60 | 0.006 | 128±55 | 127±60 |
| SLEDAI | 2.4±1.9 | 3.2±2.5 | NS | 3.5±2.0 | 3.17±2.52 |
| SDI | 1.1±1.5 | 1.4±1.6 | NS | 2.6±2.2 | 1.44±1.58 |
| IL-6 (pg/ml) | 22.9±34.6 | 24.0±40.5 | NS | 17.9±7.1 | 24.0±40.5 |
| PCR (mg/dl) | 0.39±0.68 | 0.53±0.66 | NS | 0.45±0.48 | 0.53±0.66 |
| VSO (mm/h) | 23±17 | 36±19 | 0.007 | 30±20 | 36±19 |

V-20 VALORACIÓN DE LA CALIDAD DEL MANEJO DEL EPOC AGUDIZADO

M. Rodríguez Amigo¹, R. Vázquez Oliva², F. Hernández Utrera², M. Raffo Márquez¹, M. Pérez Trisancho¹, A. Cabrera Núñez¹

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

OBJETIVOS

En el estudio se valora la calidad del manejo del paciente con EPOC agudizado en el área hospitalaria de urgencias de un hospital de segundo nivel, analizando si se cumplen los estándares de calidad asistencial de la EPOC desarrollados por el Comité de Calidad Asistencial del Área de trabajo EPOC de la SEPAR.

MATERIAL Y MÉTODO

Ámbito de estudio: Hospital de segundo nivel Infanta Elena. Diseño: estudio observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo. Se han seleccionado todos los pacientes dados de alta del servicio de neumología con el diagnóstico de EPOC entre los meses de enero y julio del año 2009 (34 pacientes). Criterio de inclusión: paciente

mayor de 40 años que tenga factores de riesgo, como explosión a humo de tabaco (más de 10 paquetes/año), y presente en la espirometría obstrucción poco reversible definida por un cociente FEV1 / FVC < 0,70, tras broncodilatador. Se excluyen aquellos pacientes etiquetados de EPOC pero cuya espirometría es normal. Se han revisado todas las historias clínicas de aquellos pacientes en cuyo diagnóstico al alta se incluía el de EPOC, obtenidas del servicio de documentación del hospital. Se han analizado los siguientes estándares de calidad: administraron beta2 y/o bromuro de ipatropio, corticoterapia sistémica en las exacerbaciones de EPOC grave, antibioterapia si además de disnea presentaban aumento del volumen de expectoración habitual y/o purulencia, oxigenoterapia suplementaria si cursaban con insuficiencia respiratoria; realización de radiografía de tórax, gasometría arterial, muestra de esputo para tinción de Gram y cultivo en los pacientes con exacerbaciones frecuentes, necesidad de ventilación asistida y/o fracaso antibiótico y administración de ventilación mecánica no invasiva si el paciente se encontraba en acidosis respiratoria a pesar de tratamiento optimizado.

RESULTADOS

Los resultados obtenidos en cada indicador se expresan en porcentajes, se considerará aceptable si su valor se sitúa entre un valor mínimo del 60% y un valor máximo del 120%. Los indicadores que se encuentren fuera de estos márgenes se considerarán deficientes. (N° total de pacientes con exacerbación de EPOC atendidos en el hospital= X). -N° de pacientes a los que se realiza radiografía/ X= 34/34= 1= 100%. -N° de pacientes a los que se realiza gasometría arterial/ X= 31/34= 0,911= 91,1%. -N° de pacientes a los que se realiza analítica/ X= 34/34= 1= 100%. -N° de pacientes a los que se realiza electrocardiograma/ X= 20/34= 0,588= 58,8%. -N° de pacientes a los que se toma muestra para tinción de Gram/ X en los que está indicada la recogida de la muestra= 0/9= 0= 0%. -N° de pacientes a quienes se aumenta el tratamiento con agonistas beta 2 / X= 30/34= 0,882= 88,2%. -N° de pacientes a quienes se aumenta el tratamiento con anticolinérgicos / X= 32/34= 0,941= 94,1%. -N° de pacientes a quienes se prescriben corticoides sistémicos/ X en que están indicados = 26/21= 1,23= 123%. -N° de pacientes a quienes se prescriben antibióticos/ X en que están indicados = 27/34= 0,794= 79,4%. -N° de pacientes que reciben oxígeno/ X en que está indicado = 34/34= 1= 100%. -N° de pacientes que reciben VNI / X en que está indicada = 6/4= 1,5= 150%.

CONCLUSIONES

Se ha utilizado una muestra de 34 pacientes diagnosticados de EPOC mediante espirometría, de los cuales, según la clasificación de la GOLD el 60% se encontraban en un estadio III/IV (grave, muy grave) y el 40% en un estadio II (moderado). De los doce criterios de calidad analizados, en ocho de ellos se ha realizado una práctica clínica aceptable; en dos criterios ha habido una actuación deficiente (realización de ECG y recogida de esputo para Gram en los pacientes indicados) y en otros dos se ha realizado una sobreactuación considerada esta como práctica de mala calidad (administración de corticoides intravenosos y VMNI).



V-21 ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LAS INTERCONSULTAS URGENTES REALIZADAS A UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

C. Porras Arboledas, L. Manjón Rodríguez, M. Almenara Escribano, F. Jódar Llorente, G. Gutiérrez Lara, D. Carrillo Ortiz, F. Molina Molina
Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Médico- Quirúrgico. Jaén

OBJETIVOS

Consiste en analizar la relación existente entre el motivo de consulta urgente más frecuente y los servicios que lo solicitan, así como seguimiento de los pacientes y diagnóstico de las interconsultas realizadas a un Servicio de Medicina Interna.

MATERIAL Y MÉTODO

Se ha realizado un estudio de carácter descriptivo, analizando las hojas de consultas recibidas en el Servicio de Medicina Interna en el tiempo comprendido entre Diciembre de 2010 y Marzo de 2011. Las variables analizadas fueron: Servicio que emite la interconsulta urgente, tiempo en que se contestó, motivo de consulta, si resultaron un acto único ó precisaron seguimiento, si pasaban a cargo del Servicio de M. Interna y el diagnóstico. Para el estudio se utilizó el programa estadístico SPSS.

RESULTADOS

Se analizaron 89 hojas de interconsulta urgentes. En 23 (25,8%), el motivo de consulta fue la Insuficiencia respiratoria seguido de Infección respiratoria 10 (11,4 %) y para reajuste de Tratamiento 10 (11,4%). Los servicios que más interconsultas urgentes solicitaron fueron: Cirugía General 27(30,3%), seguido por Neurología (16,9%) y Urología (14,6%). El 88,4% se contestaron en el mismo día, supusieron un acto único el 51,2 % y hasta un 46,4% precisaron seguimiento. Los diagnósticos finales más frecuentes fueron: Insuficiencia Cardíaca, con un 14,3% y Neumonía con un 11,9%.

DISCUSIÓN

Al igual que otros estudios, la mayoría de las interconsultas urgentes proceden del área quirúrgica, donde son frecuentes los ingresos prolongados con descompensaciones de las patologías de base de sus pacientes; para ello, el Servicio de M. Interna resulta ser un pilar básico para la atención de dichas descompensaciones. La mayoría de las interconsultas fueron contestadas en el mismo día de ser emitidas y casi la mitad precisaron seguimiento médico durante su ingreso, lo que supone una sobrecarga añadida al trabajo diario del Internista.

CONCLUSIONES

El motivo de consulta urgente más frecuente es la Insuficiencia respiratoria. Los servicios del área quirúrgica, en concreto Cirugía General, son los que con más frecuencia consultan con Medicina Interna. La mayor parte de las interconsultas urgentes se contestaron en el mismo día de su emisión. Cerca de la mitad de las mismas precisaron seguimiento médico (importante carga asistencial añadida) El diagnóstico que ocasiona más consultas urgentes al Servicio de Medicina Interna es la Insuficiencia Cardíaca.

V-22 ASPECTOS RELACIONADOS CON DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO Y PRONÓSTICO EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON SARCOIDOSIS EN UN HOSPITAL DE 3º NIVEL

T. Moreno García¹, M. Gallego Blázquez¹, R. Martín Morales¹, A. Hidalgo Conde¹, M. Abarca Costalago¹, M. De Haro Liger², P. Valdivielso Felices¹, P. González Santos¹
¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Reumatología. Complejo Hospitalario Virgen de la Victoria. Málaga

OBJETIVOS

Analizar aspectos relacionados con el diagnóstico, tratamiento y pronóstico de pacientes con sarcoidosis.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio retrospectivo, observacional de pacientes diagnosticados de sarcoidosis en el Hospital Universitario Virgen de la Victoria de Málaga, desde su apertura en 1989 hasta Enero de 2011. Se ha recurrido al análisis de las historias clínicas y se han excluido a los pacientes que, pese a una sospecha diagnóstica de sarcoidosis, no había constancia de biopsia o ésta resultó negativa (excepto un caso de Síndrome de Löfgren con biopsia cutánea compatible con eritema nodoso). Análisis estadístico mediante SPSS-17.

RESULTADOS

Se han analizado 32 pacientes, 17 son mujeres (53%) y 15 hombres (47%) con una edad media al diagnóstico de 46.5 años (26-68 años). 30 pacientes (94%) han realizado seguimiento, 21 de ellos (65%) en Neumología, 8 pacientes (25%) en Medicina Interna 1 paciente en Reumatología. La media de retraso diagnóstico (desde la aparición de los síntomas hasta la biopsia) fue de 7,5 meses (1-60 meses). La biopsia se realizó en 31 pacientes (97%). El lugar de la biopsia fue: transbronquial en 17 pacientes (53%), adenopatías en 7 (22%), cutánea en 6 (18%) y 1 en músculo. El lavado broncoalveolar (LBA) se realizó en 6 pacientes (19%), siendo sugestivo de sarcoidosis por el cociente CD4/CD8 >1,8 en un paciente. La ECA fue analizada en 9 pacientes (28%), estando elevada en 4 (44% de los analizados). El valor medio de ECA es 54.61±20.10 U/l (normal hasta 52). La anemia se presentó en 11 pacientes (34%) y el valor medio de LDH fue 370.81 U/l±124.82 (normal hasta 227). La determinación de ANA se realizó en 15 pacientes (47%), resultado positivo en uno. El FR fue analizado en 7 pacientes (22%), siendo positivo en 1 caso. Los reactantes de fase aguda mostraron VSG de 33.48±24.82 mm/h y PCR de 19.85±28.16 mg/l. 2 pacientes presentaron hipercalcemia. La calciuria se determinó en 10 pacientes (31%), encontrándose aumentada tan sólo en 1 (>350mg/24h). Recibieron corticoides 26 pacientes (81%), siendo el principal motivo para su indicación la afectación pulmonar en 16 (61% de los tratados), seguida de la neurológica en 5 (19%). La dosis máxima media de prednisona ha sido 53.27 mg/día±14.48 y la dosis media de mantenimiento de 5.04 mg/día (0-20). Recibieron otro tratamiento inmunosupresor 3 pacientes (9%), siendo metotrexate en dos (por afectación muscular y cutánea) y azatioprina en uno (por necrosis aséptica femoral). En la última revisión, continuaban con tratamiento esteroideo 11 pacientes (35%). El 50% de los pacientes estaban en remisión, 31% estables y 4 pacientes en progresión. 2 pacientes (6%) han fallecido por causa no relacionada con sarcoidosis.



DISCUSIÓN

Llama la atención la poca expresividad de reactantes de fase aguda y la escasa utilización de la determinación de la ECA, el LBA y la calciuria en nuestro medio. En cuanto al tratamiento, la mayoría de nuestros pacientes sólo recibieron corticoesteroides, debiéndose iniciar en la mayoría de los casos por afectación pulmonar. Con ellos, se ha llegado a controlar la enfermedad en 1 de cada 3 pacientes. En cuanto al pronóstico, la mitad de nuestros pacientes están en remisión y tan sólo 4 presentan algún tipo de actividad en el momento actual.

CONCLUSIONES

Llama la atención la poca expresividad de reactantes de fase aguda y la escasa utilización de la determinación de la ECA, el LBA y la calciuria en nuestro medio. En cuanto al tratamiento, la mayoría de nuestros pacientes sólo recibieron corticoesteroides, debiéndose iniciar en la mayoría de los casos por afectación pulmonar. Con ellos, se ha llegado a controlar la enfermedad en 1 de cada 3 pacientes. En cuanto al pronóstico, la mitad de nuestros pacientes están en remisión y tan sólo 4 presentan algún tipo de actividad en el momento actual.

V-23 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, RADIOLÓGICAS Y FUNCIONALES RESPIRATORIAS DE UNA COHORTE DE PACIENTES CON SARCOIDOSIS EN UN HOSPITAL DE 3º NIVEL

R. Martín Morales¹, T. Moreno García¹, A. Hidalgo Conde¹, M. Gallego Blázquez¹, M. Abarca Costalago¹, M. De Haro Líger², P. Valdivielso Felices¹, P. González Santos¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Reumatología. Complejo Hospitalario Virgen de la Victoria. Málaga

OBJETIVOS

Analizar las características clínicas, radiológicas y funcionales respiratorias de los pacientes diagnosticados de sarcoidosis.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio retrospectivo, observacional de pacientes diagnosticados de sarcoidosis en el Hospital Virgen de la Victoria de Málaga, desde su apertura en 1989 hasta Enero de 2011. Los síntomas, signos, datos radiológicos y pruebas de función respiratoria se han obtenido de las historias clínicas. Se excluyeron los pacientes sin biopsia. Análisis estadístico SPSS17.

RESULTADOS

Se han analizado 32 pacientes, 17 mujeres (53%) y 15 hombres (47%) con edad media al diagnóstico de 46.5 años (26-68). El síntoma principal de debut fue clínica respiratoria [15 pacientes (47%)], seguido de síntomas neurológicos en 4 (12%), manifestaciones sistémicas en 3 (9%), y adenopatías en 2 (6%). Más de la mitad de los pacientes presentó en algún momento (17 pacientes, 53%) síntomas generales, principalmente astenia (11 pacientes, 34%), seguida en porcentajes iguales de fiebre, hiporexia y pérdida de peso [8 pacientes (25%)]. La afectación pulmonar se presentó en 27 pacientes (84%), con

afectación radiológica pulmonar: 11 estaban en estadio I (34%), 10 en estadio II (31%) y 6 en estadio III (19%). Ningún paciente se encontraba en estadio IV. 17 pacientes tenían clínica de disnea (53%), estando 8 pacientes (25%) en clase funcional I, 7 en clase funcional II (22%), un paciente en clase III (3%) y otro en clase IV (3%). En 28 (87%) pacientes se hicieron pruebas funcionales respiratorias (PFR). En 14 (50%) fueron normales. El patrón restrictivo fue el más frecuente (32%), 5 pacientes (18%) tenían alterada la difusión. La afectación cutánea se produjo en 18 pacientes (56%), en forma de eritema nodoso (9 pacientes, 28%), lupus pernio en 2 pacientes (6%) y otras manifestaciones en 7 (22%). 16 pacientes tuvieron alteraciones musculoesqueléticas (50%), 12 pacientes artralgias (37%) y 4 (12%) artritis. La afectación ocular se presentó en 2 pacientes (6%), uno de ellos uveítis anterior y otro síndrome seco. El 87% de los pacientes (28) tenía afectación reticuloendotelial, predominante ganglionar que apareció en todos. La localización más frecuente de adenopatías fue: mediastínica en 27 pacientes (84%), axilares en 4 (12%) y cervicales, inguinales y retroperitoneales en 2 pacientes respectivamente (6%). La hepatomegalia apareció en 2 pacientes (6%) y esplenomegalia en 3 (9%). 5 pacientes (15%) tuvieron afectación renal en forma de litiasis en un 12%. 6 pacientes (19%) presentaron afectación neurológica, 4 (12%) con manifestaciones en el SNC (meningitis crónica, oftalmoplejía internuclear) y 2 (6%) con afectación del SNP (neuropatía periférica). 6 pacientes (15%) tuvieron síndrome de Lofgren y ningún paciente presentó Síndrome de Heerdfort.

DISCUSIÓN

Los datos de nuestra cohorte concuerdan con los descritos en la literatura, demostrando la heterogeneidad de la sarcoidosis y la afectación multisistémica. Las manifestaciones clínicas más frecuentes: sintomatología general, pulmonar y ganglionar. Llama la atención la escasa prevalencia de afectación ocular, presente sólo en el 6% de los pacientes (más baja que en otras series). Las PFR se realizan casi sistemáticamente y sorprende que hasta en el 50% de los casos presentan valores normales, pese a tener afectación pulmonar radiológica.

CONCLUSIONES

En nuestro medio, la sarcoidosis se presenta en la edad media de la vida y sin claro predominio sexual. La forma de presentación más frecuente es la pulmonar con clínica de disnea y patrón radiológico compatible (fundamentalmente estadio I y II). También son frecuentes las manifestaciones sistémicas inespecíficas. Las pruebas funcionales respiratorias pueden ser normales en un alto porcentaje de los casos y la alteración más frecuente es la restrictiva.

V-24 INTERCONSULTAS EN UN COMARCAL

M. Loring Caffarena, J. Lain Guelbenzu, J. Constán Rodríguez, M. Guil García, C. Martínez Delgado

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



OBJETIVOS

Conocer las características clínico-epidemiológicas de los pacientes ingresados en los diferentes servicios del Hospital en los que se solicita una interconsulta a Medicina Interna y estudiar los motivos más frecuentes de dicha valoración.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio retrospectivo descriptivo transversal a partir de las solicitudes de interconsulta (SIC) y de las historias clínicas de los pacientes valorados en un periodo de 6 meses (Mayo 2010-Octubre 2010). Se analizaron 76 SIC y sus historias clínicas para estudiar las características de los pacientes y los motivos de la Interconsulta. Existe una persona en el servicio que realiza esta tarea desde Enero 2008.

RESULTADOS

La edad media de los pacientes era de 69 años (18-93). El 63% de los pacientes eran mujeres y el 36% eran hombres. La procedencia de las SIC eran: Cirugía (50%), Traumatología (30%), Ginecología (13%), ORL (4%), Urología (1,3%) y Oftalmología (1,3%). Los motivos del ingreso de los pacientes en el Hospital eran: Infecciones abdominales o biliares (27,6%), fracturas (21%), infección de prótesis articular (10,5%), isquemias arteriales en MMII (9%), neoplasias digestivas (9%), patología obstétrica (8%), patología ginecológica (6,6%), patología ORL (4%), patología urológica (2,6%) y patología oftalmológica (1,3%). Los motivos de las SIC fueron: valoración general de pacientes pluripatológicos (19%), disnea (18%), control de glucemia (13%), cuadro confusional (8%), dolor precordial (6,6%), FA (6,6%), control tensional (6,6%), edemas (5%), fiebre (5%), vómitos (5%), oligoanuria (4%). Las comorbilidades más frecuentes en estos pacientes eran: DM2 (38%), HTA (68%), Cardiopatías (22%), insuficiencia cardiaca (20%), Insuficiencia renal (15,8%), cardiopatía isquémica (16%), DLP (23%), FA (18%), neoplasias (13%), anemias (27%), demencia (10%). El 52,6% de los pacientes consultados eran pluripatológicos, con 2 o más enfermedades crónicas relevantes según la definición del Proceso Asistencial Integrado de la Junta de Andalucía. En el tratamiento previo domiciliario cabe destacar que un 40% de los pacientes tomaban IECAS, un 22% betabloqueantes, 23% estatinas, 30% diuréticos, 31% AAS, 17% insulina y ADO en un 15%. En las primeras analíticas de los pacientes consultados la Hb media era de 10,5 y la creatinina media de 1,2 (0,3-3,5). La PCR aparecía en un 38%, el colesterol solo en un 13% y el perfil hepático en un 17% de los pacientes. Hubo un 9% de éxitos entre los enfermos consultados (60% fueron infecciones abdominales o de prótesis articular y el 86% eran pluripatológicos).

CONCLUSIONES

Una de las causas más importantes para realizar interconsultas a Medicina Interna por parte de los servicios quirúrgicos, son los pacientes pluripatológicos (52%) con descompensación de sus enfermedades de base, debido a múltiples motivos entre los que destacan: infecciones localizadas, sepsis, descompensación diabética e hipertensa, insuficiencia cardiaca así como cuadros de delirio hipo e hiperactivo secundarios a la hospitalización. La medicina interna se considera un apoyo fundamental para los servicios quirúrgicos tanto en la resolución de problemas derivados de la hospitalización como en el seguimiento de patologías crónicas.

V-25 UTILIDAD DE UN APARATO DE ECOGRAFÍA DE BOLSILLO EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

G. López Lloret, G. López Martínez, S. López Palmero, G. Parra García, S. Domingo Roa, M. Esteban Moreno, C. Maldonado Úbeda, F. Díez García
Servicio de Medicina Interna. Hospital Torrecárdenas. Almería

OBJETIVOS

El propósito fundamental de este estudio es analizar la utilidad clínica de un dispositivo de ecografía portátil, con tamaño de bolsillo, a la cabecera del enfermo, y la concordancia con los hallazgos de ecografías convencionales, en un servicio de medicina interna.

MATERIAL Y MÉTODO

Durante un periodo de 9 meses, tres internistas con formación básica en ecografía clínica y ecocardiografía realizaron exploraciones con un ecógrafo de bolsillo (GE VSCAN) a un total de 680 pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna. El aparato utilizado dispone de modo 2D y Doppler Color así como de una tarjeta de memoria para el almacenamiento de imágenes y videos (MP4). El análisis de datos se ha realizado con el software Vscan Gateway, que transfiere la información al PC y permite completar el estudio con medidas y áreas. Los hallazgos ecográficos desde el VSCAN se contrastaron con los obtenidos con ecografías convencionales realizadas por cardiólogos y radiólogos. Los análisis de datos han sido realizados con el paquete estadístico SPSS V 19, utilizándose el índice Kappa como test de concordancia para las variables cualitativas y el coeficiente de correlación de Pearson para las variables cuantitativas.

RESULTADOS

Se realizaron 521 ecocardiografías objetivándose algún hallazgo patológico en 433 (83%). La fuerza de la concordancia fue muy buena para las variables: F. Eyección ($r=0,92$, $P<0,01$), insuficiencia mitral ($k=0,84$, $P<0,01$), HVI ($k=0,85$, $P<0,01$), dilatación de cavidades ($k=0,87$, $P<0,01$), líquido pericárdico ($k=0,94$, $P<0,01$), vegetaciones ($k=0,88$, $P<0,01$) y derrame pleural ($k=0,95$, $P<0,001$). La concordancia fue inferior para las variables: estenosis aórtica ($k=0,62$, $P<0,01$), IP ($k=0,65$, $P<0,01$), EM ($k=0,75$, $P<0,01$) e insuficiencia tricúspide ($k=0,71$, $P<0,01$). Se realizaron 310 ecografías abdominales que demostraron algún hallazgo patológico en 264 (85%). La concordancia con la ecografía convencional fue muy buena para: esteatosis hepática ($k=0,85$, $P<0,01$), hepato-esplenomegalia ($k=0,82$, $P<0,01$), litiasis biliar ($k=0,92$, $P<0,01$), dilatación de cava y suprahepáticas ($k=0,85$, $P<0,01$), tamaño renal ($r=0,82$, $P<0,01$), hidronefrosis ($k=0,88$, $P<0,01$) quistes renales ($k=0,93$, $P<0,01$), globo vesical ($k=0,93$, $P<0,01$) y presencia de ascitis ($k=0,95$, $P<0,01$). La concordancia fue inferior para los diagnósticos de colecistitis ($k=0,68$, $P<0,01$), dilatación vía biliar ($k=0,74$, $P<0,01$), aneurisma aórtico abdominal ($k=0,72$, $P<0,001$), metástasis hepáticas ($k=0,53$, $P<0,01$), dilatación de la vena porta ($k=0,68$, $P<0,01$), nefrolitiasis ($k=0,62$, $P<0,01$) y tamaño prostático ($r=0,75$, $P<0,01$). Se realizaron 39 técnicas guiadas por VSCAN: 20 toracocentesis, 17 paracentesis, 1 drenaje de absceso y una pericardiocentesis, todas con éxito y sin complicaciones.



DISCUSIÓN

La calidad de imagen obtenida con la ecografía de bolsillo es suficiente para realizar gran número de decisiones en la práctica clínica diaria, a pie de cama del paciente, con unos niveles de concordancia aceptables respecto a las exploraciones convencionales. Probablemente los resultados mejorarán con la experiencia de los exploradores.

CONCLUSIONES

La ecografía de bolsillo es un instrumento útil en la práctica diaria del internista que permite obtener información valiosa, más allá de la exploración física, a pie de cama del paciente. La ecografía de bolsillo obtiene un nivel de concordancia bueno en la mayoría de parámetros evaluados respecto a la ecografía convencional. La realización de técnicas guiadas por ecografía de bolsillo (toracocentesis, paracentesis...), facilita la realización del procedimiento y probablemente disminuye el número de complicaciones.

V-26 DIFERENCIAS EN LA RIGIDEZ ARTERIAL DEPENDIENDO DE LA DEFINICIÓN DE SÍNDROME METABÓLICO USADA EN MUJERES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

C. Santiago Díaz, A. Fernández Miralbell, J. Sabio Sánchez, V. Sotorrío Simó, C. Gil Anguita, J. Vargas Hitos, N. Navarrete Navarrete, J. Jiménez Alonso
Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada

OBJETIVOS

1) Analizar la influencia de la definición de Síndrome Metabólico (SM) usada de entre 3 diferentes (International Diabetes Federation (IDF), Organización Mundial de la Salud (WHO) y National Cholesterol Education Program (NCEP) en la detección de la rigidez arterial (RA) y otros factores de riesgo cardiovascular en mujeres con Lupus Eritematoso Sistémico (LES). 2) Evaluar la concordancia de las 3 definiciones identificando a las mujeres con LES y SM, así como a las mujeres con LES, SM e incremento de la RA.

MATERIAL Y MÉTODO

Se analizaron 112 mujeres con LES. Se midieron la velocidad onda-pulso (VOP) y parámetros inflamatorios y metabólicos. Fueron registrados la actividad de la enfermedad, su duración y tratamiento para el LES.

RESULTADOS

1) La prevalencia de SM fue del 19% (WHO), 20% (NCEP) y 32% (IDF). 2) Independientemente de la definición usada, las mujeres con LES y SM tenían mayor RA, niveles de PCR, de IL-6, ácido úrico, C3, homocisteína, fibrinógeno y Dímero D. 3) Al eliminar los factores de confusión, solo la definición de la WHO se relacionaba de forma independiente con la presencia de mayor RA. 4) La concordancia entre las diferentes definiciones de SM variaba entre el 79% (k 0.45) y el 89% (k 0.68). 5) La concordancia para identificar a las mujeres con LES, SM e incremento de RA fueron: Entre WHO e IDF se encontró una k=0.59, entre WHO y NCEP k=0.47 y entre NCEP e IDF k=0.65. 6) El 43% de las mujeres con LES e incremento de la RA no tenían SM.

CONCLUSIONES

1) Solo la definición de la WHO de SM se asoció de forma independiente con el incremento de RA. 2) El índice de concordancia entre las distintas definiciones para identificar a las mujeres con LES y SM fue aceptable. 3) Las 3 definiciones fueron moderadamente concordantes para identificar el aumento de la RA. 4) Una gran proporción de mujeres con LES e incremento de la RA no entraban dentro de ninguna de las definiciones de SM.

Tabla 1 (V-26)

| | Aumento de la VOP (n=28) |
|--------------------|---------------------------|
| Solo WHO | 0 |
| Solo NCEP | 0 |
| Solo IDF | 2 (7) |
| WHO-IDF | 10 (36) (k=0.59; p=0.001) |
| WHO-NCEP | 7 (25) (k=0.47; p=0.013) |
| NCEP-IDF | 11 (39) (k=0.65; p<0.001) |
| Las 3 definiciones | 7 (25) |

Tabla 2 (V-26)

| | NCEP (+) (%) | NCEP (-) (%) | Total | IDF (+) (%) | IDF (-) (%) | Total |
|-------------|--------------|--------------|-----------|-------------|-------------|-----------|
| WHO (+) (%) | 12 (10.7) | 9 (8.0) | 21 (18.8) | 17 (15.2) | 4 (3.6) | 21 (18.8) |
| WHO (-) (%) | 10 (8.9) | 81 (72.3) | 91 (81.3) | 19 (17.0) | 72 (64.3) | 91 (81.3) |
| Total | 22 (19.6) | 90 (80.4) | 112 (100) | 36 (32.1) | 76 (67.9) | 112 (100) |
| IDF (+) (%) | 22 (19.6) | 14 (12.5) | 36 (32.1) | | | |
| IDF (-) (%) | 0 (0) | 76 (67.9) | 76 (67.9) | | | |
| Total | 22 (19.6) | 90 (80.4) | 112 (100) | | | |

V-27 2-3, DIFOSFOGLICERATO ERITROCITARIO Y FÓSFORO INORGÁNICO SÉRICO

M. Mendiña Guillén¹, P. Alaminos García², F. Pérez Blanco¹

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario San Cecilio. Granada

²Cuidados Críticos y Urgencias (UCI). Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada

OBJETIVOS

El 2-3 difosfoglicerato (2-3,DPG) es un metabolito intermediario de la vía anaerobia de Embden-Meyerhoff del hematíe. Su función más importante la ejerce en la cadena respiratoria del hematíe, gracias a la cual interviene en el sistema de oxigenación de los



tejidos, desviando la curva de disociación de la oxihemoglobina hacia la derecha cuando se eleva su concentración. Son diversos los factores que regulan el 2-3 DPG. En nuestro trabajo pretendemos evaluar los niveles de 2-3,DPG en relación con los del fósforo inorgánico sérico. Más del 70% del fósforo de los eritrocitos está en forma de 2-3,DPG, siendo estos los únicos "tejidos" del organismo que tienen tan alta concentración de este enzima.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudiamos 195 sujetos distribuidos de la siguiente forma: 1) 23 normales, utilizados como controles. 2) Enfermos con neoplasias malignas de diversa índole antes de iniciar tratamiento y clasificados atendiendo a la concentración sérica de fósforo. De acuerdo con ello distinguimos tres subgrupos: a) Con normofosforemia: 89 pacientes (fósforo entre 2.5-4.5 mg/dl). b) Con hiperfosforemia: 76 pacientes (fósforo mayor de 4.5 mg/dl). c) Con hipofosforemia: 7 pacientes (fósforo inferior a 2.5 mg/dl). Se excluyeron del estudio los pacientes con anemia y/o pH alterado. En todos los casos se llegó a un diagnóstico de certeza mediante estudios clínicos, analíticos e instrumentales confirmándose por biopsias. En los controles normales se descartó la enfermedad por el estudio clínico y analítico básico. El fósforo sérico se determinó por la técnica de Fiske-Subarow. El 2-3 DPG se cuantificó siguiendo el método de Michal, realizándose la lectura en espectrofotómetro DU2 de Beckman. En el estudio estadístico se realizó el análisis de la varianza de una sola vía para detectar diferencias significativas entre las distintas medias. Por tratarse de muestras independientes y de tamaño diferentes las correspondientes T exp fueron comparadas con la T teor de Bonferroni que penaliza convenientemente la significación al comparar las diferentes medias con el control (normales).

RESULTADOS

La concentración de fósforo en normales fue de 3,64±0,3 mg/dl, los pacientes con normofosforemia tenían una concentración de 3,65±0,8 mg/dl. En los pacientes con hiperfosforemia la concentración media fue de 4,93±0,3 mg/dl y en los hipofosforémicos de 2,15±0,07 mg/dl. El 2-3,DPG de los diferentes grupos y subgrupos fue: 1) Controles: 5,06±0,14 nMol/l. 2) Enfermos: 2a) Con hiperfosforemia: 5,87± 0,15 nMol/l, siendo $p < 0,005$, por tanto de gran significación estadística. 2b) Con normofosforemia: 5,18±0,15 nMol/l, sin diferencias estadísticas con los controles normales. 2c) Con hipofosforemia: 5,10±0,89 nMol/l, tampoco hubo diferencias significativas con los controles normales ni con los enfermos con normofosforemia.

DISCUSIÓN

En nuestro estudio hemos analizado la influencia del fósforo sérico sobre el 2-3,DPG eritrocitario, observando ascensos de dicho metabolito, con significación estadística en los casos de hiperfosforemia. Este hecho ha sido comprobado en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis, ascensos que son debidos a la disminución del pH intraeritrocitario. Hay que tener presente la intervención sobreañadida, en el caso de la insuficiencia renal, de la anemia y acidosis. En nuestro grupo, con fósforo sérico elevado, sin modificaciones del equilibrio ácido base ni anemia, comprobamos

ascenso del 2,3-DPG, estadísticamente significativo ($p < 0,005$). En pacientes con descensos del fósforo sérico, el 2-3,DPG era inferior al de los controles normales (y de los pacientes con normofosforemia) aunque sin significación estadística.

CONCLUSIONES

Mediante nuestro trabajo se evidencia que el fósforo per se (medido mediante el fósforo sérico) es insuficiente para modificar las concentraciones del 2-3,DPG eritrocitario.

V-28 ACTIVIDAD URINARIA DEL N-ACETIL-BETA-GLUCOSAMINIDASA POST LITOTRIZIA EXTRACORPÓREA EN PACIENTES CON LITIASIS RENAL

M. Menduïña Guillén¹, P. Alaminos García², F. Pérez Blanco¹

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario San Cecilio. Granada

²Cuidados Críticos y Urgencias (UCI). Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada

OBJETIVOS

La Litotricia Extracorpórea por Ondas de Choque (LEOC) es un tratamiento utilizado en la litiasis renal. Inmediatamente después de la LEOC se han demostrado lesiones del parénquima renal que pueden advertirse midiendo marcadores de daño renal como El N-acetil-B- glucosaminidasa (NAG). La actividad de ésta depende del grado de nefropatía obstructiva que provoca el cálculo. El NAG urinario varía según las lesiones previas que hay en el riñón litiasico. Estudiaremos la actividad urinaria de NAG en pacientes con litiasis sometidos a LEOC, agrupándolos según el grado de función renal antes de realizar la actuación terapéutica.

MATERIAL Y MÉTODO

N: 188 personas: 40 sanas controles entre 19 y 82 años; 20 hombres y 20 mujeres. 148 con litiasis renal, clasificados atendiendo al estado de la función renal (según datos bioquímicos) en enfermos con función renal conservada: 109; entre 31 y 67 años de edad, 59 hombres y 50 mujeres, y 39 con alteración de la función renal de edad entre 35 y 84 años; 21 hombres y 18 mujeres. Incluimos los pacientes diagnosticados de litiasis renal cálcica, que posteriormente fueron sometidos a LEOC de forma consecutiva, descartando a los que cumplieran algún criterio de exclusión. Calculo de la actividad urinaria de NAG en orina de 24 hs según el método espectrofotométrico de Horack. Tras realizar la LEOC a los paciente se les tomó una muestra de orina y se determinó NAG. Comprobamos la normalidad de las distintas variables cuantitativas con el test de Kolmogorow-Smirnov. En los diferentes grupos se realizó comparación de medias (t de Student) o el análisis de la varianza para una vía y test no paramétricos (Kruskal-Wallis) cuando las variables no se ajustaban a la normalidad. Se aceptó significación para $p < 0.05$.

DISCUSIÓN

Tanto en el grupo con la función renal normal, como en el grupo con insuficiencia renal presentan un ascenso de la actividad urinaria de NAG, que se va normalizando a lo largo de los días y vuelve a sus niveles basales a los 30 días de la prueba. Algunos trabajos hablan del efecto nocivo de la LEOC y su expresión en el aumento de la actividad de NAG, pero ninguno de ellos selecciona a los pacientes previamente, de acuerdo al



grado de función renal que tenían previa. Existen diferencias estadísticamente significativas al comparar la actividad de NAG urinaria entre las muestras basales y postlitotricia ($p < 0,001$) y entre las postlitotricia y 30 días postlitotricia ($p < 0,001$) en cada uno de los grupos del estudio. No existieron diferencias entre las muestras basales y 30 días postlitotricia.

CONCLUSIONES

El efecto nocivo de la LEOC es transitorio y que el riñón previamente sano, vuelve a la normalidad y cuando está la función renal alterada persiste su obstrucción. Sí, está claro que no se produce daño renal añadido tras la litotricia en estos pacientes.

ACTIVIDAD URINARIA DE NAG EN RELACIÓN CON LA LEOC (U/gr de Cr) (V-28)

| | Nº casos | Media | Desv St | V max | V min |
|-----------------------------------|----------|-------|---------|-------|-------|
| Controles | 40 | 11.30 | 4.49 | 21 | 2.90 |
| Litiasis sin IR, Basal | 109 | 9.03 | 3.84 | 18.50 | 1.10 |
| Litiasis sin IR PostLEOC | 109 | 19.26 | 10.73 | 72.40 | 5.0 |
| Litiasis sin IR, 30 días PostLEOC | 109 | 11.17 | 6.76 | 55.90 | 1.30 |
| Litiasis IR, Basal | 39 | 15.92 | 7.92 | 40.30 | 1.60 |
| Litiasis IR Post LEOC | 39 | 27.75 | 15.55 | 84.20 | 8.80 |
| Litiasis IR 30 días PostLEOC | 39 | 17.34 | 9.53 | 54.20 | 5.90 |

V-29 ¿LAS PANCREATITIS POST-CPRE COMPORTAN MAYOR GRAVEDAD QUE LAS DEBIDAS A OTRAS ETIOLOGIAS?

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

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

OBJETIVOS

Analizar el espectro clínico de las pancreatitis agudas tras realización de colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (PA-CPRE). Compararla con aquellas debidas a otra etiología (PA-OE). Analizar los criterios de gravedad y la aparición de complicaciones.

MATERIAL Y MÉTODO

Durante un periodo de 50 meses (2006-2010) se incluyeron del CMBD de un hospital comarcal todos aquellos diagnósticos de PA definida como elevación de la amilasa al menos 3 veces el límite superior de lo normal acompañado de criterios clínicos (dolor abdominal y la necesidad de hospitalización no planeada). Se seleccionaron de los mismos las PA-CPRE. Por cada una de ellas se incluyeron dos PA-OE diagnosticadas consecutivamente a las anteriores como controles. Se revisaron las historias clínicas y se recogieron datos demográficos, epidemiológicos, situación funcional, comorbilidad

asociada, manifestaciones clínicas, parámetros de laboratorio, pruebas de imagen (Rx, ecografía y TAC) y variables evolutivas. Para los hallazgos del TAC abdominal se siguió la clasificación de Balthazar. Se definió PA grave aquella que presentó algunas de las siguientes: síndrome distress respiratorio adulto, deterioro hemodinámico con necesidad de apoyo inotrópico y fallo multiorgánico. Se utilizaron criterios de gravedad definidos: APACHE-II y Ranson, calculándose la sensibilidad (S), especificidad (E) y valores predictivos positivos (VPP) y negativos (VPN) de los mismos en ambos grupos.

RESULTADOS

Durante el periodo de estudio se incluyeron 16 PA-CPRE. No hubo diferencias entre las características generales de los pacientes de PA-CPRE y PA-OE, respectivamente: edad media ($69,1 \pm 14,7$ por $64,5 \pm 15,5$ años), sexo femenino (68,8% por 53,1%), presencia de comorbilidad relevante (37,2% por 62,5%), obesidad (40% por 46,8%), dependencia funcional (20% por 15,6%). Los parámetros analíticos (hematimetría y bioquímica) fueron similares para ambos grupos salvo para las cifras de bilirrubina que fueron superiores en la PA-CPRE (4,9 por 1,9 mg/dL; $p < 0,01$). En el TAC hubo más pacientes con grado E de Balthazar en el grupo PA-CPRE (31,1% por 3,2%) y fue similar en ambos grupos tanto en los criterios de Ranson como APACHE-II (12,5% por 34,8%, y 18,8% por 12,5%, respectivamente). La PA fue clasificada como grave en 3 (18,8%) pacientes con PA-CPRE y 2 (6,2%) en el grupo PA-OE, sin diferencias estadísticas. Hubo 2 fallecimientos entre las PA-CPRE (12,6%) por ninguno en las PA-OE. Los criterios de Ranson y APACHE-II fueron buenos predictores de formas clínicas graves tanto en la PA-CPRE (E:100 y VPN:93, E:92 y VPN:92, respectivamente) como en el grupo PA-OE (E:65 y VPN:95, E:93 y VPN:100, respectivamente).

DISCUSIÓN

La PA es la complicación más frecuente de la técnica de CPRE, con una incidencia variable entre el 4-15%. Diversas series abogan por una mayor gravedad de la PA-CPRE debido a la manipulación iatrogénica de la vía biliar respecto a las PA-OE. Nuestra serie, con una escasa casuística parece indicar que dicha hipótesis parece cierta. Son necesarios estudios más amplios que así lo demuestren.

CONCLUSIONES

Los criterios clásicamente usados para delimitar la gravedad tienen una alta capacidad predictiva. La PA-CPRE parece comportar cuadros radiológicos de mayor severidad y parece tender a ser clínicamente más grave.

V-30 ANEMIA PREQUIRÚRGICA EN UN HOSPITAL COMARCAL. EL PAPEL DEL INTERNISTA

M. Romero Jiménez¹, F. Cañallero Granada¹, G. García Donas², E. Sánchez Ruiz-Granados¹

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



OBJETIVOS

La prevalencia de anemia preoperatoria entre los pacientes quirúrgicos es alta (20-70%) y se asocia a un incremento de la morbilidad y mortalidad postoperatorias, así como a un descenso de la calidad de vida. Además, un valor bajo de hemoglobina antes de la intervención quirúrgica es uno de los principales factores de riesgo de recibir transfusión alogénica en cirugía mayor. Una buena parte de estos pacientes anémicos presenta déficit de hierro y el tratamiento con hierro oral, aunque sería de elección, es lento por lo que no resulta indicado en muchos pacientes quirúrgicos, especialmente si presentan inflamación. Es necesaria una reposición rápida de los depósitos de hierro sobre todo en pacientes con cirugía programada oncológica, cirugía con sangrado previo y cirugía con alto riesgo de sangrado. La administración de hierro intravenoso supone la elevación de 2 puntos de hemoglobina en 3-5 semanas. OBJETIVOS: Identificar a los pacientes con anemia prequirúrgica que precisan reposición rápida de sus niveles de hemoglobina en nuestro hospital.

MATERIAL Y MÉTODO

Incluimos todos los pacientes intervenidos en el primer semestre de 2008 en el Hospital Infanta Elena. Hospital Comarcal que atiende una población de 170000 habitantes de la Costa y Condado de Huelva. Seleccionamos las intervenciones con alto riesgo de sangrado, de acuerdo con el protocolo de reserva de sangre (PRS) de nuestro hospital, y de ellas, las que tienen demora suficiente para poder planificar una intervención, es decir, las intervenciones programadas no urgentes. Se calculó el número de pacientes con anemia, utilizando los criterios de la OMS que considera anemia si Hb < de 12 g/dl en mujeres y Hb < 13 g/dl en hombres. Se comprobó en banco de sangre los pacientes transfundidos en este periodo.

RESULTADOS

Durante el primer semestre de 2008 se realizaron en nuestro centro 3793 intervenciones. Intervenciones programadas 1218, ambulatorias programadas 275, hospital de día quirúrgico 1233, urgentes 1067. Las intervenciones programadas incluidas en PRS, clasificadas por Servicios fueron las siguientes: cirugía 10% (36/357); ginecología 75% (84/112); traumatología 38% (134/349); urología 74% (96/129), (total 21%, 350/1648). De los pacientes intervenidos con PRS tenían anemia el 10% (25/350). Del total de intervenidos con PRS que presentaban anemia se transfundieron el 20% (7/35), frente al 13,3% (42/315) sin anemia que también se transfundió ($p < 0.5$ ns).

DISCUSIÓN

En nuestro centro, la presencia de anemia no ha influido en la decisión de transfundir en el periodo perioperatorio. Sin embargo, existe suficiente evidencia de que siempre que sea clínicamente factible, además de aplicar otras medidas en los pacientes programados para cirugía mayor, debería procederse a la detección y diagnóstico de la anemia preoperatoria con tiempo suficiente para implementar las medidas correctoras. Ante la necesidad de dar una respuesta efectiva, eficiente y segura a estos pacientes, sería beneficiosa la derivación a Hospital de día Médico de los pacientes con anemia en el estudio preanestésico, para valoración y tratamiento por partes del Servicio de Medicina Interna.

CONCLUSIONES

La presencia de anemia no influyó en la decisión de transfundir en los pacientes con anemia quirúrgica programada con protocolo de reserva de sangre.

V-31 LIPODISTROFIA INTESTINAL, CAUSA RARA DE SÍNDROME CONSTITUCIONAL, EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL COMARCAL

L. Montero Rivas¹, I. Mejías Real¹, R. Tirado Miranda¹, F. Ibáñez Bermúdez¹, E. Solís García², M. Pinillos Villatoro¹, E. Guisado Espartero¹, G. Biosca Echenique¹
¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Infanta Margarita. Cabra (Córdoba)

OBJETIVOS

Lipodistrofia intestinal o enfermedad de Whipple, afección infrecuente con afectación multisistémica, causada por T. Whipplei, la clínica de presentación suele ser digestiva, aunque puede presentar otras manifestaciones extradigestivas, mimetizándose con otras entidades, lo cual dificulta el diagnóstico. Nuestro objetivo es realizar un estudio descriptivo de los casos de lipodistrofia intestinal diagnosticados en nuestro hospital en los últimos 4 años.

MATERIAL Y MÉTODO

Revisión de las historias clínicas de pacientes ingresados en nuestro hospital y diagnosticados de enfermedad de Whipple, realizando un estudio descriptivo de sus características epidemiológicas, clínicas, diagnósticas y terapéuticas.

RESULTADOS

Se identifican dos pacientes Caso 1: Mujer 72 años, ingresa para estudio de pérdida de peso y disfagia para sólidos, hábito intestinal alternante. Complicación durante el ingreso TVP: iliaca externa y femoral derecha. Caso 2: Varón 52 años, consulta por pérdida de peso y edemas intermitentes maleolares predominio nocturno, sin otra clínica. Durante el seguimiento de consulta: TAC abdominal donde describen la existencia de múltiples adenopatías en diversas localizaciones, se toman 2 biopsias: nódulos de necrosis grasa. Se procede a ingreso para concluir estudio. En ambos casos: anemia microcítica e hipocrómica con patrón ferropénico, desnutrición con hipocolesterolemia, hipoproteinemía e hipalbuminemia. Se diagnostican mediante biopsia tras gastroscopía. Reciben tratamiento al alta con cotrimoxazol forte /12 h, además el 2º caso recibe tratamiento neutroprofiláctico. Evolución favorable en ambos casos.

DISCUSIÓN

La presentación clínica de casos relacionados con clínica consuntiva, es cada vez más frecuente debiéndose tener en cuenta múltiples entidades en el diagnóstico diferencial. Es llamativa la presencia de ambos sexos, ya que es más prevalente en varones (1:10) También, la falta de síntomas extradigestivos y diarreas. La presencia de una complicación como la TVP de la paciente está muy relacionada con la desnutrición y la inmovilización. Se describe en los dos imágenes de gastroscopía no típica, con mucosa blanquecina, sino como gastritis y duodenitis, en el caso 2º petequial. La lipodistrofia



intestinal es una infección por *Tropheryma whipplei*, que resulta muy difícil de cultivar (en el 2000 pudo ser cultivada), cuyo diagnóstico actualmente se alcanza por medio del estudio histopatológico de biopsias seriadas del tubo digestivo. La cadena epidemiológica no está completamente aclarada, actualmente se especula con la posibilidad de un patógeno ambiental. Clínicamente los primeros síntomas son articulares, poliartralgias migratorias y simétricas sin artritis, sin deformidades articulares. En un 13% el debut suele ser con diarrea intensa. Entre los síntomas destacan: fiebre, hipotensión, hiperpigmentación y adenopatías periféricas; los síntomas digestivos causan el cuadro de malabsorción, con pérdida de peso. El cuadro clínico es polimorfo, con cantidad de síntomas extradigestivos que prácticamente en la totalidad de los casos acompañan al síndrome de malabsorción.

CONCLUSIONES

Enfermedad de Whipple, entidad infrecuente en nuestro medio precisa un alto índice de sospecha para su diagnóstico, debido a la mimetización con otras patologías. Sin tratamiento llega a ser mortal o deja secuelas irreversibles. El tratamiento se realiza con antibióticos que atraviesen barrera hematoencefálica, recomendados son TMP/SMX /12h-162 años; se comienza con ceftriaxona, 2 sem, para menor porcentaje de recurrencias.

V-33 PRESCRIPCIÓN DE FÁRMACOS CON INTERACCIONES SIGNIFICATIVAS CON ACENOCUMAROL EN MEDICINA INTERNA

G. Parra García, M. Martínez Cortés, M. Esteban Moreno, G. López Lloret, P. Sánchez López, C. Maldonado Úbeda, S. Domingo Roa, F. Díez García
Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario de Especialidades Torrecárdenas. Almería

OBJETIVOS

El acenocumarol es un fármaco de estrecho margen terapéutico, de prescripción crónica, que presenta multitud de interacciones farmacológicas teóricas. Nuestro objetivo al realizar este estudio es conocer qué porcentaje de los pacientes ingresados en Medicina Interna a los que se prescribe al alta acenocumarol, se les prescribió también algún fármaco con alguna interacción significativa.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio observacional retrospectivo en el que se revisaron 283 informes de alta de pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna durante el año 2010 a los que se prescribió acenocumarol. Se recogieron variables demográficas, el número de fármacos que recibían, el número y tipo de fármacos incluidos en los listados de posibles interacciones que tenían prescritos y la categoría de la interacción. Las interacciones se analizaron con el programa Lexi-Interact™ Online del recurso electrónico UpToDate®. Las interacciones se clasificaron como de categoría C (monitorizar tratamiento) D (considerar modificar el tratamiento) ó X (combinación contraindicada).

RESULTADOS

Se recogieron 283 pacientes, de los que el 54% eran mujeres y el 46% varones, con una edad media de 77 años (IC 76-78.6 años) y que recibían una media de 8.6 fármacos (IC

8.32-8.91). Un 89% recibía algún tratamiento con interacción teórica con acenocumarol (30% un fármaco, 31% dos fármacos, 18.7% tres fármacos y un 9.2% cuatro o más fármacos) con una media de 1.87 fármacos que presentaban alguna interacción. Por categorías, los más frecuentes fueron los pertenecientes a la categoría C (85.9%) y D (27.6%); no se registró ninguna interacción de la categoría X. Los fármacos con interacciones teóricas más prescritos fueron: Inhibidores de la bomba de protones (68.6%), estatinas (30%), quinolonas (15.5%), paracetamol (8.5%), antidepresivos ISRS (6%), antiagregantes plaquetarios (5.7%), cefalosporinas (3.9%), bosentan (3.2%) y AINES (2.8%). Los fármacos más utilizados con interacción de categoría D fueron: alopurinol (12%), tiroxina (7.8%), amiodarona (4.9%) y antitiroideos (1.1%).

CONCLUSIONES

La mayoría de los pacientes dados de alta de medicina Interna estaban polimedicados y tenían prescritos casi otros dos fármacos (1,87) con interacciones teóricas con acenocumarol, que pueden ser significativas (categoría D) en el 27% de los casos. Los fármacos implicados más frecuentes fueron: alopurinol, amiodarona, tiroxina y antitiroideos.

V-34 RIESGO VASCULAR Y MEDICINA INTERNA

R. Tirado Miranda, I. Mejías Real, M. Pinillos Villatoro, L. Montero Rivas, E. Guisado Espartero
Servicio de Medicina Interna. Hospital Comarcal Infanta Margarita. Córdoba

OBJETIVOS

Conocer la opinión de los especialistas en medicina interna (incluidos Médicos Internos Residentes) sobre un área tan prevalente como el riesgo vascular y detectar sus necesidades de formación. Asimismo conocer el desarrollo del riesgo vascular en los servicios de medicina interna de nuestra comunidad.

MATERIAL Y MÉTODO

Se confeccionó un formulario que recogiera datos profesionales, opinión personal sobre el tema a tratar, situación del riesgo vascular en su área de trabajo e indicadores de estructura. Se repartió la encuesta entre los internistas que asistieron a la primera sesión de las jornadas de Otoño de la SADEMI en el año 2010.

RESULTADOS

Respondieron la encuesta 30 profesionales de la medicina interna, con una edad media de 34 años y un predominio del sexo masculino y de médicos en formación. Todos mostraron su interés en el riesgo vascular y consideraron esta área propia de la medicina interna. El 64% reconoció en su hospital a un especialista en medicina interna referente en esta área. La mayoría de los encuestados desconocían la existencia del máster de postgrado organizado por la SEMI, aunque mostraban su interés en realizarlo. Respecto a los indicadores de estructura, la mitad de los encuestados refería que en su hospital no existía una consulta monográfica de riesgo vascular. En un 57% existía una consulta monográfica de hipertensión y de lípidos hasta en un 45%. La mayoría de estas consultas tenían un especialista de medicina interna como referente.



DISCUSIÓN

El "riesgo vascular" es un área multidisciplinar, pero donde los especialistas en medicina interna deben jugar un papel fundamental debido a su polivalencia y a la valoración global del paciente con afectación de múltiples órganos. Del análisis de los datos podemos extraer la conclusión de que el especialista en medicina interna considera intrínseco a su actuación las patologías derivadas de la afectación vascular, no obstante se detectan áreas de mejora como prestar una atención especial a los especialistas en formación, aumentar los especialistas en medicina interna referentes en los hospitales para estas patologías y generalizar las consultas monográficas de lípidos e hipertensión para convertirlas en consultas de valoración integral como probablemente lo sean en la práctica.

CONCLUSIONES

La mayoría de los especialistas de medicina interna muestran interés por el riesgo vascular y lo consideran integrado dentro de sus competencias. A pesar del interés que suscita la formación específica en esta área la mayoría de los encuestados desconocían la existencia de un master de postgrado organizado por la SEMI. En la mitad de los hospitales reflejados existe una consulta monográfica sobre factores de riesgo vascular con un referente especialista en medicina interna

V-35 LA EFICACIA DEL MASAJE TERAPÉUTICO Y VEINTITRÉS DIAS DE TRABAJO GRATIFICANTE ANTE UNA ÚLCERA VARICOSA

J. Pino Ruiz, M. Arroyo Alcaide, E. Rodríguez Ocaña, A. Ariza Luna

Servicio de Medicina Interna. Hospital Provincial. Córdoba

OBJETIVOS

Varón de 86 años, con domicilio en pueblo de la campiña cordobesa, aceptable calidad de vida, independiente para las AVD. Ingresó en nuestra Unidad el día 3 de Enero del actual y se va de Alta Hospitalaria el día 25. MOTIVO DE INGRESO: DISNEA Y EDEMAS EN MMII HASTA RAIZ DE MIEMBROS. ÚLCERAS EN MID, NO TVP. Apreciamos un edema en MMII que achacamos a la venda elástica, y que quitamos de inmediato. PRETENDEMOS: 1º Controlar factores de riesgo. 2º Gestionar el exudado. 3º Facilitar el cierre y la cicatrización de las heridas. 4º Impedir niveles elevados de bacterias. 5º Evitar exudado, dolor, eritema e inflamación. 6º Formar tejido de granulación. 7º Facilitar circulación óptima en ambos miembros inferiores a través del masaje terapéutico. 8º Unificar criterios para que nuestra Unidad siga un PROTOCOLO IDÓNEO, Y QUE EN CADA TURNO DE TRABAJO SE SIGAN UNOS CRITERIOS SEMEJANTES.

MATERIAL Y MÉTODO

Varón de 86 años. 1.- Competencia profesional, para delimitar las propias que se consideran imprescindibles para conseguir nuestro objetivo. 2.- Valorar, orientar y enfocar los conocimientos en pro de una mejor atención. 3.- Seguir directrices en materia de innovación y mejora de la calidad para su aplicación a los programas prácticos. 4.- Una sesión para la puesta en común del trabajo desarrollado. 5.- Material con el que contamos. Informar al usuario. Realizar masajes muy suaves en forma ascendente comen-

zando por los dedos del pie cuando sea en MMII. Realizar masajes muy suaves en las zonas de riesgo, siempre que no estén enrojecidos con aceite hiperoxigenado. Asegurar la buena hidratación y corregir el déficit nutricional.

RESULTADOS

DIA 3 DE Enero Del 2011: Quitamos venda elástica y estudiamos la localización de la/s úlceras en MMII... nos encontramos con edema apreciable solo en MMII (fotos comparativas). Lavado con SF y masaje intensivo del miembro inferior derecho desde los dedos del pie hasta rodilla. Cubrimos las úlceras con crema con colagenasa clostridiopeptidasa con la idea de romper el colágeno en su forma natural y con el fin de permitir la digestión de los componentes necróticos de las dos heridas, intensificando el efecto limpiador sobre las mismas. Previamente hemos comprobado si el usuario es alérgico a cualquier de los componentes de la especialidad usada. ALTA HOSPITALARIA 25 DE ENERO 2011.

DISCUSIÓN

Pretendemos los cuatro profesionales de Enfermería; conocer, comprender y saber como actuar, para prestar unos cuidados óptimos y propios del profesional Enfermero/a del futuro. Y también mejorar en los Cuidados Enfermeros tendentes a procurar una excelencia en las curas de las ÚLCERAS VARICOSAS tan frecuentes en nuestra Unidad. No hay dos úlceras iguales y por tanto debemos actuar de forma rápida y con las mejores técnicas.

CONCLUSIONES

El resultado está a la vista y es gratificante los resultados obtenidos en 23 días. Ha sido posible una curación espectacular. Debemos unificar criterios en cuanto a la propia CURA Y SEGUIMIENTO, para evitar la disparidad en el tratamiento según cada turno de trabajo. El usuario se va de Alta por propios medios con su hijo el día 25 de Enero del 2011.

XXVII Congreso SADEMI



INFORMACIÓN GENERAL

•SEDE DEL CONGRESO

Palacio de Congresos de Granada
Paseo del Violón s/n. 18006 Granada
Telf.: + 34 958 24 67 00 - Fax: + 34 958 24 67 02
Email: palacio@pcgr.org
Página Web: www.pcgr.org

FECHA: 19-21 mayo de 2011

ORGANIZA: Sociedad Andaluza de Medicina Interna



PRESIDENTE COMITÉ ORGANIZADOR:

Dr. Juan Jiménez Alonso

Servicio de Medicina Interna
Hospital Universitario Virgen de las Nieves
Avda. de las Fuerzas Armadas, 2. 18014, Granada
Tfno.: 958 32 01 55
Email: jjimenezalonso@gmail.com

SECRETARÍA TÉCNICA:



S&H Medical Science Congress

C/ Espronceda 27, Entreplanta. 28003 Madrid
Telf.: 91 535 71 83 - Fax: 91 181 76 16
Email: congresos@shmedical.es
Página web : www.shmedical.es

HOTELES Y VIAJES

Viajes Yacaré

C/ Ríos Rosas, 54. 28003 Madrid
Telf.: 91 534 08 03 - Fax.: 91 536 00 01
Email: viajesyacare@e-savia.net

•INSCRIPCIONES

Para una mejor organización, rogamos formalicen la inscripción con antelación a la celebración del Congreso. La inscripción se entenderá formalizada una vez se hayan satisfecho los derechos de la misma.

•DOCUMENTACIÓN

El jueves 19 de mayo de 2011 se entregará la documentación del Congreso a partir de las 09:00 horas.

•IDENTIFICACIÓN

Cada inscrito al Congreso dispondrá de una tarjeta de identificación individual e intransferible. Es imprescindible su presentación para tener acceso a la sede del Congreso y permanecer en la misma.

•CERTIFICADOS DE ASISTENCIA

Los certificados de asistencia se entregarán el Sábado 21 de mayo a partir de las 10:00 horas.

•IDIOMA

El idioma oficial del Congreso será el castellano.

•EXPOSICIÓN CIENTÍFICA

Durante los días del Congreso tendrá lugar la exposición científico-técnica de las Casas Comerciales y Laboratorios Farmacéuticos.

Estará ubicada en el área de exposición (antesala)

Horario:

Jueves, 19 de mayo 2011: 10:00 – 14:00 horas y de 17:00 – 20:30 horas
Viernes, 20 de mayo 2011: 10:00 – 14:00 horas y de 16:30 – 20:00 horas
Sábado, 21 de mayo 2011: 10:00 – 12:30 horas

•PAUSA-CAFÉ

Los cafés se servirán en las zonas de exposición comercial.

•ALMUERZOS DE TRABAJO

Se realizarán en la Sede del Congreso, siendo imprescindible la presentación de la acreditación correspondiente.



•RECEPCIÓN DE PONENCIAS

Las ponencias han de ser entregadas en la Secretaría Técnica, como mínimo 2 horas antes de que comience las sesiones científicas.

•INSCRIPCIÓN Y RESERVAS HOTELERAS

El Comité Organizador ruega encarecidamente a los miembros de la Sociedad una rápida respuesta.

•INSCRIPCIONES

Se pueden inscribir directamente por tres vías diferentes:

1. A través de las siguientes páginas Web:

www.sademi.com www.fesemi.org www.shmedical.es
dentro de la sección Inscripciones.

2. Por fax (91 181 76 16), enviando el boletín de inscripción adjunto, con el justificante de la transferencia realizada.

3. Enviando por correo postal a la Secretaría Técnica el boletín de inscripción adjunto, además del talón o copia del resguardo de la transferencia realizada.

- Recomendamos realizar las inscripciones a través de la página Web, ya que facilita la gestión de la información.

- Si se inscribe a través de la página Web, automáticamente aparecerá como preinscrito. Para dar validez a la inscripción no debe olvidar imprimir el formulario y enviarlo por correo postal a la Secretaría Técnica junto con el talón o copia del resguardo de la transferencia realizada.

La inscripción da derecho a:

- Documentación oficial
- Participar en las sesiones científicas del programa
- Presentar Comunicaciones
- Almuerzo de trabajo y cafés
- Cena de Clausura
- Circular libremente por las dependencias de la sede del Congreso
- Certificado de asistencia

•FORMA DE PAGO

Cheque Nominativo a **S&H Medical Science Congress**
Transferencia N° de cuenta: **0182-0190-84-0201557716**

Enviar éste boletín junto al talón/ copia de la transferencia a:

Secretaría Técnica: S&H Medical Science Congress
C/ Espronceda 27, Entreplanta. 28003 Madrid
Telf.: 91 535 71 83 - Fax: 91 181 76 16

•CANCELACIONES

Hasta el 15 de marzo de 2011 se reembolsará el 50%. A partir de esta fecha no se realizarán devoluciones.

RECORDAR: se recomienda hacer las inscripciones a través de las páginas Web.

NOTA: no se permitirá el acceso al Congreso a las personas que no hayan abonado previamente la correspondiente cuota de inscripción.

Cumpliendo la Ley Orgánica 15/1999, de 23 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, usted podrá ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición mediante notificación a **sh@shmedical.es**

•BOLETÍN DE ALOJAMIENTO

Si desea realizar reserva de alojamiento para su asistencia al Congreso, debe dirigirse a:

Viajes Yacaré

C/ Ríos Rosas, 54 – 28003 Madrid
Telf.: 91 534 08 03 - Fax: 91 536 00 01
Email: viajesyacare@e-savia.net

XXVII Congreso SADEMI



Palacio de Congresos
19-21 Mayo - 2011

Granada

•COLABORADORES:

ACTELIÓN
ALMIRALL
ASTRA - ZENECA- BMS
BAYER HEALTH CARE
DAIICHI - SANKYO
FERRER
GSK
MERCK SHARP & DOHME
NOVO- NORDISK
NESTLÉ HEALTH CARE NUTRITION
SANOFI - AVENTIS
SERVIER

XXVII Congreso SADEMI



© Obra: Sociedad Andaluza de Medicina Interna (SADEMI)
Editado por: S&H Medical Science Service

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

ISBN: 978-84-694-3271-6

Sademi
Sociedad Andaluza de Medicina Interna



S&H Medical Science Congress
C/ Espronceda 27, Entreplanta. 28003 Madrid
Telf.: 91 535 71 83 - Fax:91 181 76 16
Email: congresos@shmedical.es
Página Web : www.shmedical.es