

Sademi
Sociedad Andaluza de Medicina Interna



Secretaría Técnica
S&H Medical Science Congress
C/ Espronceda, 27, 1º A y Ático 28003, Madrid
Tel. 91 535 71 83 / Fax. 91 181 76 16
e-mail: congresos@shmedical.es

Islantilla, Huelva 14-16 junio 2007

Congreso de la Sociedad Andaluza de Medicina Interna

Libro de Comunicaciones

Sademi
Sociedad Andaluza de Medicina Interna

**Islantilla, Huelva
14-16 junio 2007**

**Palacio de Congresos
Islantilla**

Libro de Comunicaciones

XXIII Congreso de la
Sociedad Andaluza
de Medicina Interna

Organizado por el Servicio de Medicina
Interna Hospital Infanta Elena. Huelva

Declarado de interes científico-sanitario por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía

Índice

Comunicaciones Orales

Paciente Pluripatológico/Edad Avanzada (EA)

<i>EA-09</i> ADECUACIÓN DE LA MEDICACIÓN EN PACIENTES ANCIANOS EN MEDICINA INTERNA	9
<i>EA-10</i> LOS PACIENTES CON PLURIPATOLOGÍA, LA NECESIDAD DE MÚLTIPLES SERVICIOS Y LOS PLANES ASISTENCIALES COMPARTIDOS COMO OFERTA DIFERENCIADA	10
<i>EA-15</i> ESTADO NUTRICIONAL DE LOS PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS HOSPITALIZADOS EN ÁREAS MÉDICAS	11
<i>EA-16</i> CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD PERCIBIDA POR PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS HOSPITALIZADOS EN DIFERENTES ÁREAS MÉDICAS	12
<i>EA-17</i> PREVALENCIA Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LOS PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS HOSPITALIZADOS DURANTE LA ESTACIÓN INVERNAL EN DIFERENTES ÁREAS MÉDICAS	13
<i>EA-18</i> CONCORDANCIA INTEROBSERVADOR EN LA DETECCIÓN DE PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS HOSPITALIZADOS EN ÁREAS MÉDICAS	14

Gestión Clínica (G)

<i>G-02</i> CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN EL ÁREA DE MEDICINA INTERNA EN UN HOSPITAL DE ALTA RESOLUCIÓN	15
<i>G-06</i> ESTUDIO DE LOS REINGRESOS EN UN HOSPITAL DE MEDIA-LARGA ESTANCIA	16
<i>G-08</i> UNIDAD DE ESTABILIZACIÓN CLÍNICA. IMPACTO SOBRE LA UTILIZACIÓN DE LA ESTANCIA HOSPITALARIA	17

Inflamación/Enfermedades Autoinmunes (IF)

<i>IF-02</i> POLIMORFISMOS GENÉTICOS DE LA CICLOOXIGENASA-2 EN LA PREDISPOSICIÓN Y EVOLUCIÓN DE LA SARCOIDOSIS	18
<i>IF-03</i> CRIBAJE DE HIPERTENSIÓN PULMONAR MEDIANTE ECOCARDIOGRAFÍA – DOPPLER EN UNA POBLACIÓN DE PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO	19
<i>IF-04</i> ANÁLISIS DE LA FRECUENCIA Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA AFECTACIÓN OCULAR EN UNA SERIE DE 99 PACIENTES CON SARCOIDOSIS	20

Osteoporosis (O)

<i>O-01</i> INFLUENCIA DEL ANTECEDENTE MATERNO DE FRACTURAS OSTEOPORÓTICAS PERIFÉRICAS EN EL PICO DE MASA ÓSEA	21
--	----

Riesgo Vascular (RV)

<i>RV-03</i> VALIDACIÓN DE UN APARATO OSCILOMÉTRICO AUTOMÁTICO PARA EL CALCULO DEL ÍNDICE TOBILLO-BRAZO	22
---	----

Índice

RV-11 ¿CUÁL ES EL PARÁMETRO QUE MEJOR DEFINE LA DISFUNCIÓN ENDOTELIAL EN EL TEST DE VASODILATACIÓN POST-ISQUEMIA MEDIANTE FLUJIMETRÍA POR TÉCNICA LÁSER-DOPPLER?23

RV-21 HIPERCOLESTEROLEMIA FAMILIAR HETEROCIGOTA EN ESPAÑA. DESCRIPCIÓN DE 1102 CASOS24

RV-23 EFECTO DE UNA INTERVENCIÓN DIETÉTICA CON LECHE ENRIQUECIDA CON ESTEROLES VEGETALES FRENTE A OTRA CON ÁCIDOS GRASOS OMEGA-3, SOBRE LA RESISTENCIA A LA INSULINA Y LOS NIVELES PLASMÁTICOS DE LIPOPERÓXIDOS EN PACIENTES CON HIPERCOLESTEROLEMIA POLIGÉNICA25

RV-25 EL POLIMORFISMO-265T/C SITUADO EN LA APOPROTEÍNA A2 DE LAS HDL REGULA PARCIALMENTE LA RESPUESTA LIPÍDICA POSTPRANDIAL TRAS UNA COMIDA RICA EN ÁCIDOS GRASOS SATURADOS26

RV-29 ESTUDIO POBLACIONAL SOBRE LA PREVALENCIA DEL SÍNDROME METABÓLICO Y LOS FACTORES DE RIESGO VASCULAR TRADICIONALES EN SANLÚCAR DE BARRAMEDA. ESTUDIO SANLÚCAR27

RV-31 ASOCIACIÓN DEL SÍNDROME METABÓLICO Y LA ARTERIOPATÍA PERIFÉRICA ESTABLECIDA MEDIANTE EL ÍNDICE TOBILLO-BRAZO EN EL ESTUDIO SANLÚCAR28

Varios (V)

V-07 ANÁLISIS DE LAS CARACTERÍSTICAS DEL PACIENTE PLURIPATOLÓGICO DENTRO DE LOS SERVICIOS DE CIRUGÍA29

V-11 EXITUS DE PACIENTES ATENDIDOS POR PATOLOGÍA MÉDICA EN UN HOSPITAL QUIRÚRGICO30

V-14 NUEVOS ROLES PROFESIONALES EN ENFERMERÍA. SUPERVISOR: GESTOR DE CUIDADOS31

V-15 CICLOFOSFAMIDA EN PULSOS A DOSIS BAJAS EN MANIFESTACIONES GRAVES DE ENFERMEDADES AUTOINMUNES SISTÉMICAS. EXPERIENCIA DE 10 AÑOS32

V-16 INSTRUMENTO ADEQHOS EN PASE DE SALA EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA ¿PUEDE LLEGAR A MODIFICAR NUESTRA CONDUCTA?33

V-20 PERFIL DE LOS PACIENTES CON ANTICUERPOS ANTI SS-A34

V-23 EMBARAZO Y ENFERMEDADES AUTOINMUNES35

V-26 PROGRAMA DE FARMACOVIGILANCIA EN LA UNIDAD CLÍNICA DE ATENCIÓN MÉDICA INTEGRAL DE MEDICINA INTERNA (UCAMI): IMPLANTACIÓN Y RESULTADOS36



Pósters

Enfermedades Infecciosas (A)

A-01 INFECCIÓN VIH EN EL ALGARVE. CASUÍSTICA DE INGRESOS EN EL HOSPITAL DE FARO (PORTUGAL)	37
A-02 EVIDENCIA DE TRANSMISIÓN INTRAFAMILIAR DE PNEUMOCYSTIS JIROVECII	38
A-03 ¿ES ADECUADO EL TRATAMIENTO ANTIMICROBIANO EMPÍRICO EN LAS BACTERIEMIAS DETECTADAS EN NUESTRO HOSPITAL?	39
A-04 ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA E INFECCIÓN POR HELICOBACTER PYLORI	40
A-05 ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LAS BACTERIEMIAS POR E. COLI PRODUCTOR DE BETALACTAMASAS DE ESPECTRO EXTENDIDO (BLEE) EN PACIENTES HOSPITALIZADOS	41
A-06 COLONIZACIÓN POR PNEUMOCYSTIS JIROVECII EN JÓVENES CON INFECCIÓN VIH	42
A-07 EVALUACIÓN DE UNA ESTRATEGIA PARA EL CONTROL DE LA TUBERCULOSIS EN EL DISTRITO ALJARAFE	43
A-08 ¿ES IGUAL LA INFECCIÓN POR EL VIH EN LOS PACIENTES DE EDAD AVANZADA QUE LA DEL RESTO DE LA POBLACIÓN?	44
A-09 INFLUENCIA DEL HÁBITO TABÁQUICO EN LA COLONIZACIÓN POR PNEUMOCYSTIS JIROVECII EN PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA	45
A-10 GRADO DE CONOCIMIENTO DE LA GUÍA DE AISLAMIENTO EN UN HOSPITAL	46
A-11 RESISTENCIA PRIMARIA A ISONIACIDA EN LA PROVINCIA DE ALMERÍA	47
A-12 INFLUENCIA DE LA DIABETES MELLITUS EN LA INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO ALTA COMPLICADA	48
A-13 PLURIPATOLOGÍA Y SEPSIS	49

Paciente Pluripatológico/Edad Avanzada (EA)

EA-01 LOS PACIENTES GERIÁTRICOS CON ANEMIA E INSUFICIENCIA CARDÍACA, ¿PRESENTAN MAYOR RIESGO DE DISFUNCIÓN SISTÓLICA?	50
EA-02 EL CUIDADOR INFORMAL DE ANCIANOS EN ESPAÑA	51
EA-03 ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE LOS PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS DE LA CAMPIÑA Y LA COSTA DE HUELVA	52
EA-04 CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS INGRESADOS DESDE EL ÁREA DE URGENCIAS EN UN HOSPITAL COMARCAL	53
EA-05 PREVALENCIA Y CARACTERIZACIÓN DEL PACIENTE PLURIPATOLÓGICO EN UN SERVICIO DE TRAUMATOLOGÍA	54
EA-06 UTILIZACIÓN DE INHIBIDORES DE LA ACETILCOLINESTERASA Y DE MEMANTINA EN PACIENTES CON DEMENCIA TIPO ALZHEIMER (DTA)	55
EA-07 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LOS PACIENTES INCLUIDOS EN EL PROCESO DE DEMENCIA EN UN CENTRO DE SALUD	56

Índice

<i>EA-08</i> DESCRIPCIÓN DE LAS CATEGORÍAS DE LOS PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS DE UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA	57
<i>EA-11</i> PLAN DE ASISTENCIA COMPARTIDA EN PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS	58
<i>EA-12</i> EL TELÉFONO COMO HERRAMIENTA DE TRABAJO EN UNA UNIDAD ESPECIALIZADA EN LA ATENCIÓN DE PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS Y PALIATIVOS	59
<i>EA-13</i> VALORACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL DE PACIENTES CRÓNICOS Y ANCIANOS	60
<i>EA-14</i> ¿HAY DIFERENCIAS TERAPÉUTICAS Y DE SUPERVIVENCIA ENTRE PACIENTES ONCOLÓGICOS DE DISTINTOS GRUPOS DE EDAD?	61
Gestión Clínica (G)	
<i>G-01</i> PROGRAMA DE EDUCACIÓN A CUIDADORES INFORMALES DE PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS, PARA FAVORECER LA CONTINUIDAD DE LOS CUIDADOS AL ALTA HOSPITALARIA	62
<i>G-03</i> ADECUACIÓN DE LAS PRUEBAS COMPLEMENTARIAS DE IMAGEN EN PACIENTES CON ACCIDENTE CEREBROVASCULAR AGUDO	63
<i>G-04</i> ÍNDICES DE MORTALIDAD EVITABLE Y ÉXITOS SECUNDARIOS A PROBLEMAS HOSPITALARIOS (ESPHS): SU APLICACIÓN EN LOS SERVICIOS DE MEDICINA INTERNA	64
<i>G-05</i> UNIDAD DE ESTABILIZACIÓN CLÍNICA. OBJETIVOS CUMPLIDOS	65
<i>G-07</i> ACTIVIDAD DEL HOSPITAL DE DIA MEDICO EN UN HOSPITAL COMARCAL	66
<i>G-09</i> RELACIONES IMPOSIBLES O PACIENTES DE ALTA PRIORIDAD: FALLO RESPIRATORIO, FALLO CARDÍACO, DIABETES	67
<i>G-10</i> ESTUDIO PROSPECTIVO DE LOS INMIGRANTES INGRESADOS EN PLANTA DE MEDICINA INTERNA (2004-06)	68
Insuficiencia cardíaca (IC)	
<i>IC-01</i> VALORACIÓN DE ENFERMOS CON IMPLANTACIÓN DE UN RESINCRONIZADOR VERSUS RST-DAI	69
<i>IC-02</i> RELACIÓN ENTRE INSUFICIENCIA CARDIACA Y PATRÓN DE COMPORTAMIENTO NOCTURNO DE LA TENSIÓN ARTERIAL	70
<i>IC-03</i> PRECIPITANTES DEL INGRESO HOSPITALARIO POR AGUDIZACIÓN DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA CON FEVI PRESERVADA	71
<i>IC-04</i> MORBILIDAD DE LOS PACIENTES CON REINGRESO HOSPITALARIO POR INSUFICIENCIA CARDIACA	72
<i>IC-05</i> VARIABLES DE ASOCIACIÓN A LA ESTANCIA MEDIA HOSPITALARIA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA Y FEVI PRESERVADA	73
<i>IC-06</i> MORBI/MORTALIDAD EN PACIENTES GERIÁTRICOS CON INSUFICIENCIA CARDÍACA	74
Inflamación/Enfermedades Autoinmunes (IF)	
<i>IF-01</i> EFECTOS ADVERSOS DEL METROTEXTO EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE O PSORIÁSICA MAYORES DE 70 AÑOS	75

<i>IF-05</i> EXPERIENCIA SOBRE EL TRATAMIENTO CON IMATINIB EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR .....	.76
<i>IF-06</i> LA PRESENCIA DEL POLIMORFISMO -174G/C DEL GEN DE LA IL- 6 PRODUCE VARIACIONES EN LOS NIVELES DE IL-6 .....	.77
<i>IF-07</i> CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E INMUNOLÓGICAS EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON SÍNDROME DE SJÖGREN PRIMARIO .....	.78
<i>IF-08</i> EXPERIENCIA EN EL USO DE MICOFENOLATO DE MOFETILO Y ÁCIDO MICOFENÓLICO EN EL TRATAMIENTO DEL LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO .....	.79
<i>IF-09</i> RELACIÓN ENTRE POLIMORFISMO DE LA REGIÓN PROMOTORA DEL GEN DE LA INTERLEUQUINA 6 Y SU PRODUCCIÓN EN NEUMONÍAS INTERSTICIALES IDIOPÁTICAS .....	.80
<i>IF-10</i> ¿ES LA ASTENIA INDICADOR DE LA ACTIVIDAD DEL LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO? .....	.81

Osteoporosis (O)

<i>O-02</i> PREVALENCIA DEL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE OSTEOPOROSIS EN LOS INFORMES DE ALTA EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA82
--	-----

Riesgo Vascular (RV)

<i>RV-01</i> EVOLUCIÓN DEL SÍNDROME CORONARIO AGUDO EN FUNCIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO VASCULAR EN UN HOSPITAL COMARCAL .....	.83
<i>RV-02</i> HTA SECUNDARIA EN UNA COHORTE DE DEPORTISTAS HIPERTENSOS .....	.84
<i>RV-04</i> CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE HIPERTENSOS, SEGÚN EDAD, CON O SIN OTROS FACTORES DE RIESGO .....	.85
<i>RV-05</i> ESCALAS DE FRAMINGHAM Y DORICA EN LA ESTIMACIÓN DEL CÁLCULO DE RIESGO CARDIOVASCULAR GLOBAL INDIVIDUAL ¿SOBREESTIMAMOS O INFRAESTIMAMOS EL RIESGO? SECCIÓN DE OBESIDAD DE LA SEA Y GRUPO DEL ESTUDIO DORICA .....	.86
<i>RV-06</i> CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, FACTORES DE RIESGO Y TRATAMIENTO MEDICO DE 252 PACIENTES REVISADOS EN UNA CONSULTA MONOGRÁFICA DE ARTERIOPATÍA PERIFÉRICA .....	.87
<i>RV-07</i> NIVELES DE PRESIÓN ARTERIAL, MARCADORES DE SÍNTESIS Y DEGRADACIÓN DEL COLÁGENO Y PARÁMETROS INDICATIVOS DE DISFUNCIÓN DIASTÓLICA EN LA HIPERTENSIÓN ESENCIAL .....	.88
<i>RV-08</i> IMPORTANCIA DE LA PATOLOGÍA DIABÉTICA EN UNA CONSULTA MONOGRÁFICA DE ARTERIOPATÍA PERIFÉRICA .....	.89
<i>RV-09</i> HIPERTENSIÓN ARTERIAL SECUNDARIA EN UNA CONSULTA DE ALTA RESOLUCIÓN .....	.90
<i>RV-10</i> ¿ES LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL UN ESTADO PRO-FIBROGÉNICO? .....	.91
<i>RV-12</i> PREVALENCIA DE FACTORES DE RIESGO VASCULAR EN PACIENTES ATENDIDOS EN ATENCIÓN PRIMARIA DEL ÁREA URBANA DE MÁLAGA .....	.92
<i>RV-13</i> TRATAMIENTO CON GLITAZONAS EN PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2: TOLERANCIA Y EFECTOS SECUNDARIOS .....	.93
<i>RV-14</i> NIVELES ANORMALES DE ANTIOXIDANTES EN UNA AMPLIA MUESTRA DE PACIENTES CON TRASTORNOS HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO .....	.94

Índice

RV-15 PREVALENCIA DEL SÍNDROME METABÓLICO EN PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO95

RV-16 ASOCIACIÓN DE ANTICUERPOS ANTI-CÉLULAS ENDOTELIALES CON DIFERENTES FACTORES DE RIESGO VASCULAR EN PACIENTES HIPERTENSOS SIN ENFERMEDAD CLÍNICA ASOCIADA96

RV-17 CARACTERÍSTICAS DIFERENCIALES DE LOS PACIENTES CON CRITERIOS DE SÍNDROME METABÓLICO ATENDIDOS EN ATENCIÓN PRIMARIA97

RV-18 PREVALENCIA DE SÍNDROME METABÓLICO Y OBESIDAD EN PACIENTES ATENDIDOS EN ATENCIÓN PRIMARIA DEL ÁREA URBANA DE MÁLAGA98

RV-19 ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LOS PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2 DERIVADOS DESDE ATENCIÓN PRIMARIA A UNA CONSULTA DE RIESGO VASCULAR99

RV-20 EL ÍNDICE DE MASA CORPORAL DETERMINA UNA DIFERENTE RESPUESTA HIPOLIPEMIANTE TRAS UNA INTERVENCIÓN DIETÉTICA CON LECHE ENRIQUECIDA EN ESTEROLES VEGETALES FRENTE A OTRA CON ÁCIDOS GRASOS OMEGA-3 EN PACIENTES CON HIPERCOLESTEROLEMIA POLIGÉNICA100

RV-22 ESTUDIO DE PREVALENCIA DE SOBREPESO Y OBESIDAD EN PACIENTES ATENDIDOS EN UNA CONSULTA DE HIPERTENSIÓN101

RV-24 INSUFICIENCIA CARDIACA EN PACIENTES DIABÉTICOS INGRESADOS EN MEDICINA INTERNA102

RV-26 SAOS E HTA. ESTUDIO DE PREVALENCIA Y COMORBILIDAD EN UNA CONSULTA HOSPITALARIA103

RV-27 PREVALENCIA DEL SÍNDROME METABÓLICO SEGÚN LAS DEFINICIONES DEL ATP-III Y LA OMS EN UNA CONSULTA DE MEDICINA INTERNA104

RV-28 PREVALENCIA DE UN PERFIL LIPÍDICO ATERÓGENO EN PACIENTES DE UNA CONSULTA DE MEDICINA INTERNA105

RV-30 PREVALENCIA DE HIPOALFALIPOPROTEINEMIA Y FACTORES ASOCIADOS EN RAZÓN DE SEXO, EN UNA CONSULTA DE MEDICINA INTERNA106

RV-32 INFLUENCIA DEL "EFECTO BATA BLANCA" SOBRE LA PREVALENCIA DEL SÍNDROME METABÓLICO. ESTUDIO SANLÚCAR107

RV-33 PREVALENCIA DE HIPERALFALIPOPROTEINEMIA Y SU PERFIL ANTROPOMÉTRICO EN PACIENTES DE CONSULTA DE MEDICINA INTERNA108

Enfermedad Tromboembólica (T)

T-01 ANÁLISIS DEL TROMBOEMBOLISMO PULMONAR OMITIDO EN URGENCIAS, Y DIAGNOSTICADO EN UNA CONSULTA DE ALTA RESOLUCIÓN DE MEDICINA INTERNA109

T-02 PREVALENCIA Y PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DE LA MUTACIÓN DEL FACTOR V DE LEIDEN EN EL DISTRITO COSTA Y CONDADO DE HUELVA110

T-03 TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA EN UN HOSPITAL COMARCAL: ANÁLISIS RETROSPECTIVO DE UNA SERIE DE CASOS111

T-04 COMPLICACIONES HEMORRÁGICAS, EN ABDOMEN Y EXTREMIDADES, DE PACIENTES EN TRATAMIENTO CON ANTICOAGULANTES112

Varios (V)

V-01 ANÁLISIS DE LAS MUTACIONES C282Y Y H63D DEL GEN HFE EN PACIENTES CON SOSPECHA CLÍNICO-ANALÍTICA DE HEMOCROMATOSIS HEREDITARIA	113
V-02 SÍNDROME MIELODISPLÁSICO (SMD): REVISIÓN CASUÍSTICA EN EL PERIODO ENERO 2002 - DICIEMBRE 2006	114
V-03 TROMBOEMBOLISMO PULMONAR (TEP): REVISIÓN CASUÍSTICA EN EL PERIODO 2003-2006 EN UN HOSPITAL COMARCAL	115
V-04 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y HEMODINÁMICAS DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR: ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE NUESTRA EXPERIENCIA	116
V-05 ANÁLISIS DE LA FIEBRE DE DURACIÓN INTERMEDIA EN NUESTRO HOSPITAL	117
V-06 RESPUESTA PARADÓJICA AL TRATAMIENTO CON EFALIZUMAB EN PACIENTES CON PSORIASIS	118
V-08 CISTOADENOMA DE ORIGEN DIGESTIVO: LA GRAN DIFICULTAD DE UN CUADRO CLÍNICO INESPECÍFICO	119
V-09 PRESENTACIÓN DE UN BLOG DE MEDICINA INTERNA SOBRE IMÁGENES CLÍNICAS	120
V-10 PACIENTES PSIQUIÁTRICOS ATENDIDOS POR PATOLOGÍA MÉDICA: ESTUDIO DESCRIPTIVO	121
V-12 INCIDENCIA DE ENFERMEDAD TIROIDEA EN UNA CONSULTA DE MEDICINA INTERNA	122
V-13 FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN MUJERES CON ENFERMEDAD DE ALZHEIMER EN TRATAMIENTO INDISTINTAMENTE CON DONEPEZILO, RIVASTIGMINA, GALANTINA O MEMANTINA	123
V-17 MUERTE, ¿EN EL HOSPITAL O EN CASA? ¿QUÉ PIENSAN LOS PROFESIONALES SANITARIOS?	124
V-18 DURACIÓN DE LA ESTANCIA HOSPITALARIA EN LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS. FACTORES IMPLICADOS	125
V-19 ¿ES EL ÍNDICE DE CHARLSON ÚTIL EN LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS HOSPITALIZADOS, O HAY OTROS ÍNDICES DE MAYOR UTILIDAD?	126
V-21 PERFIL DE PACIENTES ANCIANOS INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS CRÍTICOS GENERALES	127
V-22 DIAGNOSTICO DE NEOPLASIA COMO CAUSA PRINCIPAL DE INGRESO EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA	128
V-24 IMPORTANCIA DEL CONSUMO DE FÁRMACOS EN UNA CONSULTA DE MEDICINA INTERNA DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL	129
V-25 COMPLICACIONES MÉDICAS EN SERVICIOS QUIRÚRGICOS ATENDIDAS POR MEDICINA INTERNA	130
V-27 TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR Y SUS EVENTOS ADVERSOS	131

Índice

XXIII

Paciente Pluripatológico/Edad Avanzada (EA)

EA-09 ADECUACIÓN DE LA MEDICACIÓN EN PACIENTES ANCIANOS EN MEDICINA INTERNA

S. Díaz Acevedo¹, B. Barón Franco², T. Martínez García², M. Martín Azofra³, P. Rodríguez Ortega¹, J. García Moreno¹, A. Escalera Zalvide¹, E. Pujol de la Llave¹

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital General Juan Ramón Jiménez. Huelva.

²Servicio de Medicina Interna. Hospital Vázquez Díaz. Huelva.

³Medicina Familiar y Comunitaria. Área Hospitalaria Juan Ramón Jiménez. Huelva.

OBJETIVOS

1. Conocer la tasa de medicación inadecuada según los criterios de Beers en pacientes mayores de 65 años ingresados en nuestro servicio.
2. Describir las características de los pacientes con medicación inapropiada.

MATERIAL Y MÉTODOS

Revisamos retrospectivamente los informes de alta pertenecientes al Servicio de Medicina Interna del último año de los pacientes mayores de 65 años, en pacientes ingresados, tanto en un Hospital General (HG), como en un Hospital de Crónicos (HC).

RESULTADOS

Revisamos un total de 130 informes de alta. Registrados un total de 53 informes con medicación inadecuada de un total de 20 facultativos (62,2% del HG y 38,8% del HC). De los informes con medicación inadecuada el 47,2% eran del HG y el 52,8% del HC. El 50,9% de los pacientes eran mujeres. Con una media de estancia de 12,4 días. La media de medicación inadecuada por paciente fue de 1,3. Estos pacientes tenían 10,4 fármacos de media prescritos al alta, con una proporción de pacientes polimedicados del 94,3%. La edad media de los pacientes fue de 76,5. Los medicamentos inadecuados más frecuentes fueron: 1) Digoxina >0,125mg/día, 2) Doxazosina, 3) Sulfato Ferroso >125mg/día, 4) Benzodiazepinas de acción larga y Amiodarona, 5) Ketorolaco. De estos pacientes el 64,2% eran pluripatológicos, cumpliendo 2 categoría en el 85,3%, 3 categorías en el 11,8%, 4 categorías en el 2,9% y 5 o más en el 0%. La categoría más frecuente fue la categoría A.

DISCUSIÓN

Hay un porcentaje importante de pacientes con medicación inadecuada, lo que posiblemente se deba al desconocimiento por parte de nuestros facultativos de los efectos secundarios y de alternativas más recomendables. No hemos revisado el uso de los medicamentos durante el ingreso ni en los éxitos.

CONCLUSIONES

1. Existe un grupo de fármacos cuyo uso se desaconseja en ancianos, con un porcentaje de prescripción importante en nuestro servicio.
2. El perfil del paciente anciano con medicación inadecuada es un paciente pluripatológico y polimedicado, por lo que el riesgo de efectos secundarios por dicha medicación inadecuada es muy relevante.
3. Sería necesario dar a conocer esta herramienta en todos los servicios donde se atiendan pacientes ancianos, incluido Atención Primaria, desaconsejando su uso por parte de Farmacia Hospitalaria cuando mediante la dispensación por unidades la detecten en pacientes ancianos.

EA-10 LOS PACIENTES CON PLURIPATOLOGÍA, LA NECESIDAD DE MÚLTIPLES SERVICIOS Y LOS PLANES ASISTENCIALES COMPARTIDOS COMO OFERTA DIFERENCIADA

M. De la Fuente¹, N. Marín-Gómez¹, M. Godoy¹, M. Amaro¹, D. Carrillo-Ortiz¹, J. Jover-Casas², T. Ureña³, E. Gálvez¹

¹ UCG Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario de Jaén. Jaén.

² Dirección Médica. Hospital Universitario Médico-Quirúrgico. Jaén.

³ Dirección Médica Distrito - Medicina Comunitaria. Jaén.

OBJETIVOS

Describir resultados intermedios de un programa sociosanitario que ofrece servicios múltiples, concertado entre 27 profesionales pertenecientes a medicina hospitalaria y comunitaria sobre una cohorte clínica de pacientes pluripatológicos, en marcha desde enero de 2005 hasta abril 2007.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio evaluativo, clínico y de gestión sobre una cohorte prospectiva y abierta: 1347 casos. Pacientes elegibles: pluripatológicos -según criterio SAS- ingresados en un servicio público de Medicina Interna, unidad de agudos, de ámbito provincial del norte andaluz. Edad media 69,77; rango: 39-103; el 88% fueron pacientes geriátricos. Sexo: 48% mujeres, 52% hombres. Polipatología: media de 5,52 disfunciones orgánicas y 4,6 procedimientos. Polifarmacia: 8,82 fármacos/enfermo. Un 39% sufrían deterioro cognitivo en grado variable (E. Pfeifer>4). El 87% eran dependientes (I. Barthel <60). Participantes: enfermos en quienes se activaron planes asistenciales compartidos (PACs). Estadística descriptiva de las intervenciones y servicios. Estimación coste adicional medio al alta.

RESULTADOS

Fueron evaluados 1347 pacientes, y en 683 casos se activó un PAC. Murieron 66 pacientes durante la hospitalización (<10%). Reingresaron 60, casi tres veces más que el estándar del servicio. Los destinos de pacientes con PACs fueron: 554 (81,1%) a domicilio, con diferentes recursos de apoyo o red de garantía: 551 (80,6%) DUE-comunitaria & enlace; 229 (33,5%) Trabajo Social; 150 (22%) intervención de RHB; 70 cartillas cuidadoras. La mayoría necesitaron 2 ó más apoyos socio-sanitarios. El 14,5%, 99 casos, requirió algún tipo de convalecencia en centro de media estancia. Ingresaron en residencia 23. El programa causó 2 reclamaciones. La decisión de activar un PAC (plan compartido) partió de medicina y/o cuidados, y supuso a la Unidad Clínica de gestión de Medicina un coste adicional de 34 euros/caso (+2% IPC).

DISCUSIÓN

Los autores buscamos soluciones innovadoras basadas en gestión de recursos y soluciones organizativas. Los objetivos con estos pacientes rara vez son curativos. Más a menudo se centran en mejorar la calidad de vida y aliviar el sufrimiento humano, simplificar la intensa polifarmacia, paliar síntomas, rehabilitar la capacidad de autonomía aún disponible y apoyar a las abrumadas familias y cuidadores. Nuestro grupo proveyó servicios diversos: Cuidados domiciliarios complejos, Ortesis, camas articuladas, sillas...; Terapia Física, Ocupacional o Counseling; Gestión de recetas y citas; apoyos sociosanitarios: desde barreras arquitectónicas, o teleasistencia a pensiones, acceso a residencias, centros de día; evaluación para el baremo de La Ley de Dependencia...; Apoyo a cuidadoras -cartilla específica-; facilitación de Transporte sanitario, e, incluso, Opciones de último recurso (paliativo-AECC-registro testamento vital).

CONCLUSIONES

Una estrategia de Asistencia Compartida, desde el proceso "enfermo pluripatológico", con participación de intervenciones profesionales transdisciplinares, planificación conjunta del alta, más la garantía adicional de continuidad asistencial es una respuesta posible ante el creciente número de casos similares. addenda. esta investigación respeta la Ley de Igualdad.

EA-15 ESTADO NUTRICIONAL DE LOS PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS HOSPITALIZADOS EN ÁREAS MÉDICAS

M. Cassani Garza¹, L. Moreno Gaviño¹, M. Bernabeu Wittel¹, C. Hernández Quiles¹, F. Toscano², N. Ramírez Duque¹, M. Rincón¹, M. Ollero Baturone¹

¹ Servicio de Medicina Interna.

² Servicio de Oncología Médica. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.

OBJETIVOS

Analizar el estado nutricional de los pacientes pluripatológicos (PP) hospitalizados durante los meses de invierno en las distintas áreas médicas de un hospital universitario de tercer nivel e identificar factores asociados.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio transversal mediante cinco cortes de prevalencia seriados durante los meses de enero a marzo de 2007. Población de estudio: los PP hospitalizados a cargo de M. Interna, Enf. Infecciosas, Digestivo, Cardiología y Neumología. Para la valoración nutricional se utilizó el test Mini Nutricional Assessment (MNA), excluyendo a los pacientes inhábiles para contestar la entrevista (aquellos con deterioro cognitivo basal moderado-severo ó con delirium en el ingreso); también se analizaron variables clínicas y asistenciales. Se realizó un análisis inferencial bivariado de los posibles factores predictores del MNA; utilizando los test de Chi cuadrado, U de Mann-Whitney, correlación de Pearson, y Rho de Spearman. El dintel de significación se estableció para una $p < 0,05$.

RESULTADOS

Se incluyeron en total 812 pacientes, identificándose 196 PP (prevalencia global=24,1%). Se realizó valoración nutricional completa a 143 PP (73%). La puntuación media del MNA fue de 21,8 [Error Estándar (EE)=0,4]. El 10,6% presentaban un mal estado nutricional, el 52,2% riesgo de malnutrición y el 37,2% tenían un estado nutricional satisfactorio. El IMC medio fue de 27 [EE=0,58]. El 7,2% presentaba bajo peso, el 31,9% peso normal, el 31,2% sobrepeso y el 29,7% presentaba obesidad. El 31% había perdido más de 3 Kg. recientemente. El 19% hacía vida cama-sillón y el 25% movilidad únicamente por domicilio. El 27,9% presentaba problemas neuropsicológicos (depresión) moderados o graves. El 80% tomaba más de 3 fármacos de forma crónica. Un tercio presentaba anorexia moderada y el 9,8% anorexia severa. El MNA se correlacionaba con el nº de ingresos ($R=-0,2$, $p=0,041$), con la categoría G (neoplasias y hemopatías) ($R=-0,12$, $p=0,037$). No se encontraron diferencias con respecto a otras variables clínicas y asistenciales (edad, sexo, nº de categorías, presencia de otras comorbilidades no definitorias de categoría, grado de insuficiencia cardiaca, caídas en el año previo).

DISCUSIÓN

Es sabido que el riesgo de malnutrición aumenta durante los ingresos hospitalarios, relacionándose con una mayor morbimortalidad; sin embargo se desconocía el estado nutricional de los PP hospitalizados. Hemos comprobado que explorar el riesgo de desnutrición mediante técnica validada complementa en esta población los datos que se obtienen sólo con parámetros antropométricos (IMC).

CONCLUSIONES

Cerca de dos tercios de los PP tenían riesgo de desnutrición, a pesar de que por IMC el 60% de los pacientes presentaba sobrepeso u obesidad, y sólo el 7,2% bajo peso. El riesgo de desnutrición definido por la escala MNA se asoció a un mayor número de ingresos en el año previo y a la categoría G.

EA-16 CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD PERCIBIDA POR PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS HOSPITALIZADOS EN DIFERENTES ÁREAS MÉDICAS

F. Toscano¹, L. Moreno Gaviño², M. Bernabeu Wittel², M. Cassani², N. Ramírez Duque², C. Hernández Quiles², S. García Morillo², M. Ollero Baturone²

¹ Servicio de Oncología Médica.

² Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.

OBJETIVOS

Conocer la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de la población de pacientes pluripatológicos (PP) hospitalizados en distintas áreas médicas de un hospital universitario de tercer nivel, y analizar sus factores predictores.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio transversal mediante cinco cortes de prevalencia seriados durante los meses de enero a marzo de 2007. Población de estudio: los PP hospitalizados a cargo de M. Interna, Enf. Infecciosas, Digestivo, Cardiología y Neumología. Criterios de inclusión: PP aptos cognitivamente para responder a preguntas sobre su salud. A los pacientes incluidos se les administró, mediante entrevista personal, el cuestionario de salud SF-12 (versión 2) validada en nuestro país al castellano; ésta consta de 12 ítems provenientes de las 8 dimensiones del SF-36 (Función Física (2), Función Social (1), Rol físico (2), Rol Emocional (2), Salud mental (2), Vitalidad (1), Dolor Corporal (1), Salud General (1)); Las respuestas se ordenan en escala Likert (oscilando las opciones entre 3 y 6). Además se recogieron diferentes variables clínicas y asistenciales. Las dos puntuaciones sumario de salud física (SF) y salud mental (SM), así como las 8 dimensiones de salud específicas (recodificadas a una escala 0-100) se obtuvieron mediante la aplicación informática validada y disponible a tal efecto. Posteriormente se realizó un análisis inferencial bivariado de los posibles factores predictores de la CVRS percibida (utilizando los test de la T de Student, ANOVA, U de Mann-Whitney, Kruskal-Wallis, y correlación de Pearson). El dintel de significación se estableció para una $p < 0,05$.

RESULTADOS

De los 196 PP identificados se incluyeron finalmente 143 (73% del total, siendo varones el 70%, con una edad media=71[Error Estándar 0,9] años); se excluyeron 53 por deterioro cognitivo basal moderado-severo y/o delirium en el ingreso. La media sumario de SF y SM fue $33,9 \pm 10$ y 42 ± 13 respectivamente; las puntuaciones medias de las 8 dimensiones fueron: Función Física $32,4 \pm 11,7$; Función Social $36,6 \pm 13$; Rol físico $33,2 \pm 11$; Rol Emocional $36,9 \pm 15$; Salud Mental $41,9 \pm 13$; Vitalidad $43,9 \pm 13$; Dolor Corporal $41,4 \pm 13$; y Salud General $32,9 \pm 12$ (media para cada una de ellas de la población referencia 50 ± 10). Los SF y SM se asociaron significativamente al estado nutricional medido mediante el MiniNutritionalAssessment ($R = ,21, p = 0,034$; y $R = ,4, p < 0,0001$, respectivamente). No se encontraron diferencias en los SF y SM atendiendo a otros posibles factores (edad, sexo, nº y tipo de categorías, nº de otras comorbilidades, servicio a cargo, nº de fármacos e ingresos en el año previo)

DISCUSIÓN

La CVRS percibida por los PP no se ha explorado sistemáticamente con anterioridad. Los datos obtenidos pueden ser de utilidad para establecer el estado basal de esta población de cara a valorar en un futuro el impacto de intervenciones en la CVRS de los PP.

CONCLUSIONES

La calidad de vida relacionada con la salud de los PP entrevistados fue sensiblemente inferior a la media poblacional, siendo este deterioro especialmente acusado en el sumario de la salud física. El estado nutricional evaluado mediante técnica estandarizada el que más potentemente se correlacionó con la percepción de salud en esta población.

EA-17 PREVALENCIA Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LOS PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS HOSPITALIZADOS DURANTE LA ESTACIÓN INVERNAL EN DIFERENTES ÁREAS MÉDICAS

C. Hernández Quiles¹, L. Moreno Gaviño¹, M. Bernabeu Wittel¹, N. Ramírez Duque¹, F. Toscano², M. Cassani¹, S. García Morillo¹, M. Ollero Baturone¹

¹ Servicio de Medicina Interna.

² Servicio de Oncología Médica. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.

OBJETIVOS

Conocer la prevalencia de PP hospitalizados durante los meses de invierno en las distintas áreas médicas de un hospital universitario de tercer nivel, y sus características clínicas diferenciales.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio transversal mediante cinco cortes de prevalencia seriados (con periodicidad bimensual) durante los meses de enero a marzo de 2007, por cinco investigadores diferentes. La población de estudio la constituyeron los paciente hospitalizados a cargo de Medicina Interna (156 camas), Enfermedades Infecciosas (22 camas), Aparato Digestivo (30 camas), Cardiología (30 camas) y Neumología (24 camas) de un hospital de tercer nivel. Las áreas se dividieron de manera que cada investigador no repitió área en ninguno de los cortes. Se evaluaron todos los pacientes hospitalizados identificándose a los PP en base a datos de la historia clínica y entrevista personal. A los PP identificados se les recogieron además diferentes variables clínicas y asistenciales. Se realizó un análisis de la prevalencia de PP hospitalizados global y por áreas, y un análisis inferencial bivariado de las posibles diferencias entre los PP de diferentes áreas (utilizando los test de la Chi², T de Student, ANOVA, U de Mann-Whitney y Kruskal-Wallis). El dintel de significación se estableció para una $p < 0,05$.

RESULTADOS

Se incluyeron en total 812 pacientes (57% varones con edad media 65,2 [Error Estándar (EE)=0,6] años). Se identificaron 196 PP (prevalencia global=24,1%), siendo significativamente superior en áreas de M. Interna con respecto a Digestivo (34,3% vs. 9,7%, $p < 0,0001$; OR=4,8[2,2-10,9]), E. Infecciosas (34,3% vs. 12,1%, $p = 0,001$; OR=3,8[1,7-8,6]), MI-colagenosis (34,3% vs. 19,1%, $p = 0,035$; OR=2,2[1,04-4,7]) y Cardiología (34,3% vs. 22,9%, $p = 0,04$; OR=1,8[1,09-2,8]); y similar a la encontrada en Neumología (34,3% vs. 32,2%, $p > 0,05$). El 65% de los PP fueron varones con una edad media de 71,3 [EE=0,7] años, y una media de categorías definitorias de 2,4 [EE=0,046]; las enfermedades definitorias de categoría que padecían más frecuentemente fueron las de la categoría A (72% de ellos), seguida de la C (49%), la E (35%), y la B (20%). Además el 80% de ellos presentaba otras comorbilidades no definitorias de categorías (como media 2,58 [EE=0,094]). La mediana de la escala de Charlson fue 3, del número de fármacos que tomaban previamente al ingreso de 6; el 44% de los PP con insuficiencia cardíaca, y el 43% de los que padecían EPOC presentaban basalmente un grado de disnea III-IV de la NYHA y la MRC, respectivamente. En el 85% de ellos el ingreso estaba directamente relacionado con la pluripatología. En el análisis inferencial la edad de los PP ingresados a cargo de MI fue superior a la de los PP de Neumología (74 vs. 65,2 años; $p < 0,0001$), Enfermedades Infecciosas (74 vs. 58; $p = 0,002$) y Cardiología (74 vs. 69; $p = 0,021$), y similar a los de Digestivo (74 vs. 71,5; $p > 0,05$). No se encontraron diferencias en el resto de variables analizadas (número de categorías, otras enfermedades crónicas y fármacos; índice de Charlson; clase funcional basal; estadio Child; y número de ingresos en el año previo).

DISCUSIÓN

Hasta ahora se desconocía si el impacto de la población de pacientes pluripatológicos (PP) en las áreas médicas de los hospitales aumenta durante los meses de invierno con respecto a los meses de clima más templado. Asimismo hemos comprobado que existen diferencias notables etarias y de prevalencia en las diferentes áreas médicas

CONCLUSIONES

Una cuarta parte de los pacientes ingresados puntualmente en las áreas médicas de nuestro hospital en invierno son PP complejos (elevada carga de categorías y comorbilidad), lo cual es similar a lo conocido para meses más templados. La prevalencia es máxima en M. Interna (34%) y significativamente superior a otras áreas. La única diferencia en el perfil de los PP que hemos encontrado en las distintas áreas es la definida por la edad, siendo la tendencia a adscribir a los PP mayores a áreas de M. Interna.

EA-18 CONCORDANCIA INTEROBSERVADOR EN LA DETECCIÓN DE PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS HOSPITALIZADOS EN ÁREAS MÉDICAS

N. Ramírez Duque¹, L. Moreno Gaviño¹, M. Bernabeu Wittel¹, C. Hernández Quiles¹, F. Toscano², M. Cassani¹, M. Nieto¹, M. Ollero Baturone¹

¹ Servicio de Medicina Interna.

² Servicio de Oncología Médica. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.

OBJETIVOS

Analizar la concordancia entre la definición modificada (DM) recientemente publicada, y la definición previa (DP) de paciente pluripatológico (PP) así como la concordancia inter-observador para la DM de PP en distintas áreas médicas de un hospital universitario de tercer nivel.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio transversal mediante cinco cortes de prevalencia seriados (con periodicidad bimensual) durante los meses de enero a marzo de 2007, por cinco investigadores diferentes. Población de estudio: pacientes hospitalizados a cargo de M. Interna (156 camas), E. Infecciosas (22 camas), Aparato Digestivo (30 camas), Cardiología (30 camas) y Neumología (24 camas). Se evaluaron todos los pacientes hospitalizados por dos investigadores independientes (InvA e InvB), identificándose a los PP en base a datos de la historia clínica y entrevista personal, utilizando la DM y la DP. Las áreas se dividieron de manera que cada investigador no repitió rol (InvA/InvB) ni área en ninguno de los cortes. La concordancia se analizó mediante el índice Kappa (k) (y sus intervalos de confianza del 95% [IC95%]), con el paquete estadístico SPSS 14,0, asumiendo como grado de acuerdo: 0-0,2 insignificante; 0,2-0,4 bajo; 0,4-0,6 moderado; 0,6-0,8 bueno y 0,8-1 muy bueno.

RESULTADOS

Se incluyeron 812 pacientes. La concordancia de prevalencia de PP hospitalizados entre la DM(24,1%)/DP(21,9%), para el InvA fue $k=0,889$ (0,85-0,996); y para el InvB: $k=0,916$ (0,88-0,95). Por categorías el grado de concordancia DM/DP fue: para la Categoría A, $k=0,94$ (0,9-0,95); para la B, $k=0,803$ (0,726-0,878); para la C, $k=0,952$ (0,922-0,981); para la D, $k=0,924$ (0,88-0,97); para la E, $k=0,744$ (0,67-0,82); para la F, $k=0,874$ (0,798-0,95); y para la G, $k=0,817$ (0,75-0,88). La concordancia global interobservador para la detección de PP con la DP fue moderada; $k=0,585$ (0,52-0,65); ésta aumentó cuando se utilizó la DM en la detección a $k=0,628$ (0,56-0,69). Por categorías clínicas el grado de concordancia inter-observador para la DM fue: Para la categoría A; $k=0,768$ (0,71-0,81); para la B; $k=0,77$ (0,68-0,87); Para la C; $k=0,715$ (0,64-0,79); para la D; $k=0,758$ (0,68-0,84); para la E; $k=0,70$ (0,626-0,78); Para la F; $k=0,618$ (0,48-0,75); para la G; $k=0,55$ (0,45-0,66); y para la H; $k=0,234$ (0,049-0,42).

DISCUSIÓN

La revisión del proceso Atención a PP incluye pequeñas modificaciones en las categorías definitorias de los mismos con respecto a la DP. Sin embargo hasta la actualidad se desconocía la concordancia entre ambas definiciones de PP. También se ha explorado la concordancia inter-observador para la nueva DM de PP.

CONCLUSIONES

La concordancia global y por categorías entre la definición modificada y la previa de PP fue muy buena. La concordancia inter-observador global y por categorías, para la definición modificada de PP fue buena (y superior a la obtenida para la definición previa), salvo para la categoría G (moderada) y la nueva categoría H (baja).

Gestión Clínica (G)

G-02 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN EL ÁREA DE MEDICINA INTERNA EN UN HOSPITAL DE ALTA RESOLUCIÓN

B. Cortés Rodríguez¹, J. Zambrana García², A. Lozano Rodríguez-Mancheño³, A. Jiménez Pacheco¹, C. Duro López¹, R. Rodríguez Blázquez¹, D. Alcalde Pérez¹, C. Granados García¹

¹ Unidad de Hospitalización y Urgencias, ² Dirección Médica. Hospital de Alta Resolución Sierra de Segura (Jaén).

² Dirección de Procesos Asistenciales. Hospital de Montilla. Montilla (Córdoba).

³ Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

OBJETIVOS

Conocer las características clínicas de los pacientes atendidos en el área de Medicina Interna de un Hospital de Alta Resolución de Andalucía. Conocer el perfil de los pacientes que siendo inicialmente atendidos en el área de Medicina Interna de un Centro de Alta Resolución finalmente precisan ingreso en un hospital convencional.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo que incluye a todos los pacientes dados de alta en la unidad de hospitalización del Hospital de Alta Resolución Sierra de Segura, en el área de Medicina Interna, desde el 1 de Agosto de 2006 hasta el 28 de Febrero de 2007. Variables analizadas: epidemiológicas del paciente (edad, sexo, localidad de domicilio); referidas al episodio asistencial (día de la semana de ingreso y alta, mes); relacionadas con la gestión (número de pacientes ingresados, media de ingresos al día, tipo de ingreso, días de estancia, tipo de alta, reingresos precoces, mortalidad global, índice de ocupación de la unidad, índice casuístico, índice de utilización de estancias), enfermedad que motivó el ingreso, número de diagnósticos al alta. Estas variables se extraerán del sistema de registro CMBD y de los informes de alta de los pacientes. Para la comparación entre los pacientes derivados a otros hospitales respecto al resto de los pacientes se utilizaron los estadísticos t de Student y Chi cuadrado.

RESULTADOS

Durante el período estudiado (7 meses), se produjeron 393 altas, de 337 pacientes, con una edad media de 73,34 años, de los cuales el 52,4% eran mujeres. El 17,6% tenían su domicilio en la localidad donde se ubica el hospital. Todos los ingresos fueron urgentes, procedentes del área de Observación, con una media de 2 ingresos al día. La estancia media fue de 2,18 días, con un índice de ocupación de la unidad del 58,74%. El índice de utilización de estancias fue del 0,37. En los meses de Enero y Febrero se dieron el 35,8% del total de las altas del período analizado, con una media de 2,7 ingresos al día y un índice de ocupación de la unidad del 74,35%. En cuanto a las enfermedades que motivaron los ingresos, 113 (28,75%) pacientes presentaban patología respiratoria, 89 (22,65%) cardíaca, 49 (12,47%) neurológica y 45 (11,45%) digestiva. El número medio de diagnósticos al alta fue de 4,82, con 209 (53,18%) pacientes con 5 o más diagnósticos al alta. El número de reingresos fue de 23 (5,85%), de los que 3 (0,76% del total) fueron precoces (<72 horas tras el alta). La mortalidad global fue de 17 enfermos (4,32%). Se realizaron 39 traslados de pacientes desde el área de Medicina Interna a otro hospital, lo que supone un 9,92% del total. En la comparación de las características de estos pacientes respecto a lo no trasladados: 1) Edad media de 65,89 vs. 74,14 años ($p=0,007$). 2) Relación estadísticamente significativa entre el tipo de patología diagnosticada y el traslado a otro hospital ($p=0,001$). 3) Las enfermedades en las que más frecuentemente se realizó el traslado fueron las hematológicas (66,7%, $p=0,025$), infecciosas (40%, $p=0,08$), urológicas (40%, $p=0,08$) y oncológicas (26,3%, $p=0,031$). 4) De los pacientes con patología respiratoria y cardíaca se trasladaron el 6,2% y 6,7%, respectivamente. 5) No existieron diferencias en cuanto a la estancia media y número de diagnósticos de los dos grupos.

CONCLUSIONES

En los 7 meses analizados, la estancia media de los pacientes ingresados en el Área de Medicina Interna de nuestro Hospital de Alta Resolución fue menor de 72 horas, lo que coincide con lo establecido para un hospital de estas características. En este tiempo, se resolvieron la gran mayoría de los casos afectos de la patología más frecuente (cardiorrespiratoria y neurológica), derivando a otros hospitales los pacientes que requerían, durante su hospitalización, de la intervención de otros especialistas.

G-06 ESTUDIO DE LOS REINGRESOS EN UN HOSPITAL DE MEDIA-LARGA ESTANCIA

A. Clavo Sánchez¹, A. Serrano González¹, J. García Mata¹, A. Ron Ribera², C. Domínguez González², S. Sasian Martínez¹, J. Duran Alonso¹, J. Fernández Molle¹

¹ Servicio de Medicina Interna.

² Atención al Usuario. Hospital Juan Grande. Jerez de la Frontera (Cádiz).

OBJETIVOS

Estudio de los reingresos como indicador de calidad y morbilidad para conocer la efectividad de nuestro servicio así como para identificar a aquellos pacientes con mayor riesgo de reingresar, con el objeto de implementar planes de cuidados específicos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo de los reingresos producidos en el Hospital Juan Grande entre el 1 de enero de 2006 y el 31 de diciembre de 2006. Se consideró como reingreso todo ingreso con el mismo diagnóstico principal que el episodio índice, que tuvo lugar antes de 30 días después del alta, independientemente de que el acceso al hospital tuviera lugar de forma urgente o programada.

RESULTADOS

En ese periodo, el Hospital tuvo un total de 2278 ingresos en el Servicio de Medicina Interna de los que un total de 157 (6,89%) cumplían el criterio de reingreso. Estos reingresos fueron ocasionados por 100 pacientes. La mayor incidencia de reingresos tuvieron lugar los meses de agosto (10,06%), noviembre (9,79%), octubre (7,69%) y marzo 7,59%. La estancia media (EM) de los reingresos fue de 11,39 días. El 32,5% de los reingresos tuvo una EM superior a la del servicio (14,7 días). El mayor número de pacientes tuvo una EM comprendida entre los 6 y 10 días. El 71% (71/100) de los pacientes tuvieron solo un reingreso mientras que el 29% (29/100) tuvieron dos o más reingresos. La patología más frecuentes fue la EPOC (24,9%), insuficiencia cardiaca (15,3%), ACVA (7,9%) y Neoplasias (7,9%). Destacar que los reingresos supusieron un total de 1788 estancias (5,34% de las estancias del servicio). El 34% de nuestros pacientes fueron demandantes de intervención social durante la hospitalización del reingreso: solamente el 8,82% tenía una situación social aceptable según la escala sociofamiliar de Gijón, mientras que el 52,94% eran grandes dependientes: el 17,65% tenían dependencia severa y un 29,41% tenían una dependencia moderada.

DISCUSIÓN

La baja incidencia de reingresos para un centro de nuestras características en plena transformación de perfil y cartera de servicios, creemos que es el resultado de la metodología de trabajo que realizamos que se basa en una adecuada planificación del alta, un desarrollo potente de la Continuidad Asistencial y una atención sanitaria y social, rápida y flexible, del nivel especializado en los momentos claves de la descompensación a través de un programa de ingresos novedoso. Esto permite el acceso al hospital de los pacientes que han sido ingresados en el centro con anterioridad, previo contacto del Médico de Atención Primaria, la Enfermera de Enlace o los Servicios de Emergencia (DCCUs/EPES-061) con los profesionales del Hospital Juan Grande, facilitando que los pacientes puedan ser atendidos con prontitud (consultoría/hospitalización) y que la calidad de la asistencia y la continuidad asistencial esté garantizada. Habrá que ver en el futuro que expectativas asistenciales se generan con la implantación de ley de Dependencia en los centros hospitalarios con perfil socio-sanitario como el nuestro.

CONCLUSIONES

Nuestro índice de reingresos está dentro de lo descrito por los estudios en este sentido aunque es de destacar la condición de hospital de media-larga estancia. La mayor incidencia de reingresos coincide con los periodos de hiperfrecuentación y sustituciones de los facultativos en las vacaciones de verano. Es necesario implantar guías de práctica clínica de las patologías mas frecuentes como causa de los reingresos. Un importante número de pacientes tiene un problema social asociado (o incluso a veces como causa del ingreso).

G-08 UNIDAD DE ESTABILIZACIÓN CLÍNICA. IMPACTO SOBRE LA UTILIZACIÓN DE LA ESTANCIA HOSPITALARIA

M. Nieto¹, M. Rodríguez², R. Parra¹, C. Palacios², M. Alfaro², M. Ollero¹, J. Cuello¹, B. Soto²

¹ Servicio de Medicina Interna (Ucami)

² Cuidados Críticos y Urgencias. Complejo Hospitalario Virgen del Rocío. Sevilla.

OBJETIVOS

La Unidad de Estabilización Clínica (UEC) del HUVR es desde el 1 agosto 2006 una Unidad conjunta entre la Unidad Clínica de Atención Médica Integral (UCAMI), perteneciente al servicio de Medicina Interna, y el SCC y Urgencias. El criterio general de ingreso en esta Unidad es la necesidad de estabilización clínica sin precisar de estudios complejos y/o alta presumible en menos de 72 horas. El objetivo de este estudio fue analizar la repercusión sobre distintos parámetros de gestión clínica tras la implantación de la UEC en una planta de hospitalización convencional de Medicina Interna.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se utilizó la información recogida en la base de datos propia de la UEC y la facilitada por el Servicio de Documentación Clínica del Hospital. La información es introducida a diario en la base de datos de la UEC por el personal administrativo bajo la supervisión del facultativo. Para la recogida y análisis de los resultados se emplearon los programas informáticos Excel y SPSS V.14.

RESULTADOS

La UEC está compuesta por dos facultativos especialistas en MI pertenecientes a cada servicio integrante y por una administrativa a tiempo parcial. La actividad clínica se realiza de lunes a viernes en horario de mañana, y hasta las 20.00h de la tarde por un facultativo especialista de MI en forma de continuidad asistencial. La UEC tiene a su cargo 12 camas situadas en la planta de hospitalización de Medicina Interna (UCAMI). Por otro lado la UCAMI comprendía un total de 47 y 35 camas de hospitalización convencional según el periodo analizado. Si comparamos los resultados obtenidos en dos semestres de años consecutivos, antes y después de la implantación de la UEC en la planta de MI, observamos que durante el primer semestre 1/08/05 al 31/01/06 en la planta de MI hubo un total de 807 altas (472 hombres y 335 mujeres). La edad media fue de 65 y 68 años respectivamente. La estancia media fue de 10,47 días. La tasa de mortalidad fue del 10%. El número de reingresos del 15,36%. El índice de utilización de estancia del 1,03, corregido según el GDR del 1,93. En el segundo semestre analizado desde el 01/08/06 al 31/01/07, ya incluida la UEC dentro de los resultados, el número de altas fue de 1125 (584 hombres y 541 mujeres). La edad media fue de 68 y 73 años respectivamente. La estancia media fue de 7,24 días. La tasa de mortalidad fue del 9%. El número de reingresos del 13,33%. El índice de utilización de estancia de 0,75, corregido según el GDR de 1,75. Si analizamos los datos por separado comprobamos que en MI hubo un total de 669 altas y la estancia media fue de 9,89 días, y que en la UEC fueron 456 altas con una estancia media de 3,34 días ($p < 0,05$). Con respecto al índice de utilización de estancia fue de 1,01 (MI), 0,35 (UEC) y corregido según GDR de 1,79 y 1,69 respectivamente. Con respecto a los GRD observamos que en ambas unidades los tres más frecuentes correspondían a angor (140), insuficiencia cardíaca (127) y EPOC descompensado (541). Existiendo diferencias significativas en cuanto a la estancia media según GRD al comparar la hospitalización convencional con la unidad de estabilización clínica.

DISCUSIÓN

Con el objetivo de mejorar la eficiencia y contener el gasto sanitario desde hace años se intentan buscar alternativas a la hospitalización convencional. Las unidades de estancia corta, en nuestro caso denominada "Unidad de Estabilización Clínica", permitirían con un equipo médico especializado acortar la estancia de aquellos procesos que lo permitan, sin repercutir negativamente sobre otros parámetros de gestión hospitalaria habituales. En el futuro nos planteamos analizar la adecuación de los ingresos hospitalarios para completar la evaluación de los resultados en dicha unidad.

CONCLUSIONES

La implantación de la UEC en una planta de MI convencional condujo a la reducción en el índice de utilización de estancia hospitalaria de la misma, incluso para los mismos GDR, incrementando el número de altas totales y reduciendo la estancia media global. Todo ello sin incremento en la tasa de reingresos o de mortalidad.

Comunicaciones Orales

Inflamación/Enfermedades Autoinmunes (IF)

IF-02 POLIMORFISMOS GENÉTICOS DE LA CICLOOXIGENASA-2 EN LA PREDISPOSICIÓN Y EVOLUCIÓN DE LA SARCOIDOSIS

R. González León², D. Rodríguez Rodríguez¹, J. López-Campos Bodineau¹, I. Alfageme Michavila³, A. Montes Worboys¹, E. Arellano Orden¹, F. García Hernández², E. Rodríguez Becerra¹

¹ Unidad Médico Quirúrgica de Enfermedades Respiratorias.

² Unidad de Colagenosis e Hipertensión Pulmonar. Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.

³ Servicio de Neumología. Hospital Nuestra Señora de Valme. Sevilla.

OBJETIVOS

La ciclooxigenasa 2 (Cox-2) es la enzima responsable de la síntesis de prostaglandinas, PGE2 entre otras. En los procesos inflamatorios la PGE2 actúa como un potente antifibrótico. Se ha demostrado que en pulmones sarcoideos existe un déficit de Cox-2 y de PGE2. OBJETIVOS: Comprobar la relación entre los polimorfismos COX2.8473 (C>T) y COX2.5209 (T>G) de la Cox-2 con la predisposición a la sarcoidosis y la evolución de la misma.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se genotiparon los polimorfismos COX2.8473 y COX2.5209 en dos cohortes andaluzas (111 casos con sarcoidosis histológicamente demostrados y 109 controles sanos), usando PCR cuantitativa (LightCycler Fluorescent Hybridization Probe, Roche). En un estudio prospectivo a un año se recogieron los siguientes datos de los pacientes: edad, sexo, síntomas, marcadores biológicos y evolución clínica y radiológica.

RESULTADOS

Ver tabla 1. WT=Wild type, HE=Heterocigoto, MUT=Mutante

DISCUSIÓN

El polimorfismo Cox2.5209 no mostró relación con el riesgo de padecer sarcoidosis. Encontramos una frecuencia elevada del alelo C de COX2.8473 en los pacientes con sarcoidosis comparados con el grupo control, si bien no alcanza el límite de significación estadística ($p=0,085$). En cuanto a la relación entre la evolución de la enfermedad y los dos polimorfismos, no se encontraron diferencias significativas.

CONCLUSIONES

El polimorfismo COX2.8473 podría estar relacionado con la predisposición para la sarcoidosis en individuos con el alelo C presente. Un estudio con mayor número de casos podría confirmar nuestros resultados.

Tabla 1

	Gen	Pacientes N (%)	Controles N (%)	p
COX2.5209	WT	59(53,2)	64(58,7)	
COX2.5209	HE	46(41,4)	41(37,6)	0,65
COX2.5209	MUT	6(5,4)	4(3,7)	
COX2.8473	WT	42(37,8)	55(50,5)	
COX2.8473	HE	56(50,5)	48(44,0)	0,085
COX2.8473	MUT	13(11,7)	6(5,5)	

IF-03 CRIBAJE DE HIPERTENSIÓN PULMONAR MEDIANTE ECOCARDIOGRAFÍA – DOPPLER EN UNA POBLACIÓN DE PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO

R. González León¹, R. Garrido Rasco¹, E. Chinchilla Palomares¹, F. García Hernández¹,
M. Castillo Palma¹, C. Ocaña Medina¹, A. Martínez Martínez², J. Sánchez Román¹

¹ Servicio de Medicina Interna (Unidad de Colagenosis e Hipertensión Pulmonar).

² Servicio de Cardiología (Unidad de Hipertensión Pulmonar). Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.

OBJETIVOS

Los pacientes con enfermedades sistémicas autoinmunes (ESA) constituyen un grupo de riesgo para padecer hipertensión arterial pulmonar (HAP). En nuestra serie de 700 pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) habíamos observado una frecuencia de HAP (comprobada por cateterismo, en 11 pacientes) del 1,6%, todos ellos con sintomatología previa que hacía sospechar el diagnóstico. Nuestro objetivo es detectar la prevalencia de HAP, no conocida previamente, entre los pacientes con LES controlados en una Unidad especializada tanto en ESA como en HAP y analizar su asociación con otras manifestaciones clínicas de la enfermedad de base.

MATERIAL Y MÉTODOS

Programa de cribaje entre los pacientes con LES, no diagnosticados previamente de HAP, revisados en nuestra consulta externa, entre septiembre de 2004 y abril de 2007. El protocolo de estudio incluye evaluación de la historia clínica, con especial atención a los síntomas de HAP, y la realización de un ecocardiograma-Doppler (eco-D) que no fue guiada por criterios clínicos (presencia o ausencia de signos o síntomas sugestivos de HAP). La presión arterial pulmonar sistólica (PAPs) se consideró aumentada si fue superior a 35 mm Hg (leve-moderada entre 36-49, e importante si era superior a 50 mm Hg). La asociación con variables clínico-analíticas se analizó mediante la prueba ji al cuadrado (utilizando como grupo control pacientes con LES de nuestra serie con PAPs normal).

RESULTADOS

Al final del periodo de estudio se disponía del resultado de 115 eco-D de las 168 solicitadas (mujeres en el 95,6%). La PAPs estaba elevada (en eco-D) en 6 pacientes: elevación leve-moderada en 5 casos e importante en 1. La HAP se confirmó, mediante cateterismo cardíaco derecho, en 1 de los 2 pacientes a los que se realizó. Tanto la frecuencia de anticuerpos anti-cardiolipina (Ac-aCL) como de fenómeno de Raynaud (FR) fue del 66,7% entre los pacientes con elevación de PAPs mediante eco-D, mientras que la frecuencia observada en nuestra serie de pacientes con LES fue de 37,7% y 25,7% respectivamente. No obstante, las diferencias no alcanzaron el nivel de significación estadística ($p < 0,317$ para Ac-aCL; $p < 0,083$ para FR).

DISCUSIÓN

La prevalencia de HAP asociada a LES, detectada mediante eco-D, entre nuestra serie de pacientes sin diagnóstico previo de HTP, fue del 5,2%; en valores bajos dentro del rango publicado por otros autores (0,5-14%). El 100% de los casos eran mujeres. El cateterismo cardíaco derecho se realizó a 2 pacientes; una con elevación importante de la PAPs (65-70 mm Hg) y otra con elevación leve-moderada (40 mm Hg) pero sintomática. Sólo se confirmó la HAP en el primer caso por lo que la frecuencia de HAP comprobada por cateterismo desciende a 0,86%. La frecuencia de Ac-aCL y de FR (en los pacientes con PAPs elevada en eco-D) fue superior a la observada en nuestra serie de pacientes con LES (37,7% y 25,7% respectivamente) aunque las diferencias no alcanzaron el nivel de significación estadística ($p < 0,317$ y $p < 0,083$, respectivamente).

CONCLUSIONES

La frecuencia observada de HAP (no conocida previamente) en pacientes con LES, estudiada mediante eco-D, es de 5,2% pero, mediante comprobación hemodinámica, desciende a 0,86%. Encontramos en estos pacientes una mayor frecuencia de positividad de Ac-aCL y de FR, con respecto a los pacientes con LES sin HAP, aunque sin alcanzar significación estadística. En nuestra experiencia, la frecuencia de HAP es muy baja en pacientes con LES que no presentan datos clínicos sugerentes de HAP. Consideramos que las frecuencias muy superiores a las que observamos nosotros comunicadas en distintas series pueden estar sobreestimadas si el diagnóstico ecocardiográfico no está comprobado mediante cateterismo.

IF-04 ANÁLISIS DE LA FRECUENCIA Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA AFECTACIÓN OCULAR EN UNA SERIE DE 99 PACIENTES CON SARCOIDOSIS

R. González León¹, R. Garrido Rasco¹, E. Chinchilla Palomares¹, F. García Hernández¹, M. Castillo Palma¹, C. Ocaña Medina¹, T. Rueda Rueda², J. Sánchez Román¹

¹ Servicio de Medicina Interna (Unidad de Colagenosis e Hipertensión Pulmonar)

² Servicio de Oftalmología. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.

OBJETIVOS

Analizar la frecuencia, tipos de afectación ocular (AO) y características clínicas de la misma en una serie de 99 pacientes con sarcoidosis confirmada y seguidos en una unidad multidisciplinaria especializada en uveítis.

MATERIAL Y MÉTODOS

Identificación de los pacientes con sarcoidosis y participación ocular registrados en nuestra base de datos, y posterior análisis de las características clínicas de la afectación ocular mediante revisión de la historia clínica de cada uno de ellos. Todos los pacientes habían sido sometidos a un estudio protocolizado preestablecido que incluye la valoración oftalmológica.

RESULTADOS

Se detectó AO en 23 de los 99 pacientes (23,2%); 16 de los cuales (69,6%) eran mujeres. Las formas clínicas fueron: uveítis (U) en 10 casos (43,4%), de los que 6 (26%) fueron panuveítis (PU), 3 (13%) fueron uveítis anteriores (UA) y 1 (4,3%) fue uveítis posterior (UP); conjuntivitis simple en 5 (21,7%); conjuntivitis granulomatosa en 1 (4,3%); queratitis en 2 (8,6%; con queratoconjuntivitis en banda en 1; 4,3%); nódulos retinianos en 2 (8,6%); catarata en 1 (4,3%); drusas en 1 (4,3%); flóculos en 1 (4,3%); y papilitis en 1 (4,3%). La AO fue la manifestación inicial en 5 pacientes, 3 con UA y 2 con PU, lo que representa el 21,7% de los pacientes con AO y el 5% de toda la serie. La forma de inicio fue aguda en 8 pacientes (34,8%) y silente en 15 (65,2%). En el momento del diagnóstico, 5 pacientes (21,7%) tenían más de 50 años y 18 (78,3%) eran menores de 50.

DISCUSIÓN

La participación ocular es un hallazgo frecuente en los pacientes con sarcoidosis. Su prevalencia oscila entre el 25 y el 30% en las diferentes series publicadas, aunque hay autores que encuentran una frecuencia menor (13,6%). Se han descrito 2 picos de incidencia, el primero a los 20-30 años y el segundo a los 50-60 y, en general, afecta a mujeres jóvenes. La manifestación ocular más frecuente es la uveítis (30-70%). Los 5 pacientes de nuestra serie que debutaron con AO presentaron las formas más tórpidas: uno presentó UA granulomatosa con respuesta inicial a glucocorticoides (GC) pero con brotes recidivantes posteriores de UA y UP y, otro, brotes recidivantes de UA que justificaron tratamiento con azatioprina; un tercero precisó ciclosporina por corticorresistencia; los 2 pacientes restantes presentaron, respectivamente, PU y UA recidivantes, que se controlaron con GC. Tres pacientes presentaron al inicio AO exclusivamente, uno AO y neurológica (parálisis VII par) y uno AO y cutánea.

CONCLUSIONES

- A. La frecuencia de AO en nuestra serie es del 23,2%, similar a la publicada en la literatura.
- B. La frecuencia de uveítis es muy elevada: 43,3% de los casos con AO.
- C. La mayoría de los pacientes con AO tenía menos de 50 años en el momento del diagnóstico.
- D. Los pacientes que debutaron con clínica ocular (todos con uveítis) fueron los que presentaron formas más tórpidas.

Osteoporosis (0)

0-01 INFLUENCIA DEL ANTECEDENTE MATERNO DE FRACTURAS OSTEOPORÓTICAS PERIFÉRICAS EN EL PICO DE MASA ÓSEA

R. Fernández Ojeda¹, R. Moruno², M. Miranda², R. Pérez Cano², E. Peral¹, A. Millán¹, V. Morales¹, M. Aguayo Canela¹

¹ Servicio de Medicina Interna A.

² Dpto. de Medicina, Universidad de Sevilla. Hospital Virgen Macarena. Sevilla.

OBJETIVOS

Comprobar si las hijas de mujeres con fracturas de Colles (HFxC) alcanzan o no el pico de masa ósea con normalidad y si el antecedente materno de varias fracturas repercute negativamente sobre el mismo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio Caso-control. Estudiamos 176 mujeres sanas entre 20-40 años, 81 controles y 95 HFxC. Se realiza historia clínica detallada y medición de masa ósea (DXA-Lunar Expert) a nivel de columna vertebral y cadera (cuello, triángulo de Ward, cuello total) SPSS 14.0 para Windows.

RESULTADOS

Observamos un menor pico de masa ósea en HFxC respecto a controles en todas las localizaciones estudiadas, aunque sin diferencias significativas en ambos grupos (Controles: 1,25 +/- 0,12 columna; 1,00 +/- 0,14 cuello; 0,93 +/- 0,15 ward; 1,00 +/- 0,17 cuello total ; Casos: 1,20 +/- 0,11 columna; 0,98 +/- 0,13 cuello; 0,87 +/- 0,16 ward; 0,99 +/- 0,14 cuello total) Dentro del grupo de Casos (HFxC) comparamos la masa ósea de aquéllas cuyas madres tenían otra fractura asociada frente a las que no, observando una menor masa ósea en cadera, de forma significativa, en las primeras ($p=0,018$ cuello, $p=0,05$ ward) El antecedente materno de más de una fractura por fragilidad, expresada en Z-score $<-0,5$, aumenta el riesgo de presentar una menor DMO en cuello femoral (47.7% frente al 23,5%, $p=0,014$, OR:2,96; IC 95%:1,23 - 7,13) Igualmente, observamos diferencias significativas a nivel de cuello ($p=0,013$) al comparar el subgrupo de hijas de mujeres con otra fractura asociada a la de Colles y las controles

CONCLUSIONES

El antecedente materno de otra fractura osteoporótica asociada a la de Colles triplica el riesgo de tener una menor masa ósea en cuello femoral. Las cifras del pico de masa ósea de las hijas de mujeres con fractura de Colles no presentan diferencias significativas con respecto al grupo control.

Comunicaciones Orales

Riesgo Vascular (RV)

RV-03 VALIDACIÓN DE UN APARATO OSCILOMÉTRICO AUTOMÁTICO PARA EL CALCULO DEL ÍNDICE TOBILLO-BRAZO

B. Sobrino¹, M. Carrillo de Albornoz³, D. López Carmona¹, N. Muñoz Roca¹, P. Aranda Lara², J. Sánchez Romero³, J. Martínez González¹, R. Gómez Huelgas¹

¹ Servicio de Medicina Interna.

² Servicio de Nefrología. Complejo Hospitalario Carlos Haya. Málaga.

³ Escuela de medicina deportiva. Complejo Hospitalario Virgen de la Victoria. Málaga.

OBJETIVOS

Validar el modelo M-7 de Omron, para la determinación del índice tobillo-brazo (ITB). Tomado la presión arterial en antebrazo y tobillo. Este estudio se está realizando de forma totalmente independiente de la empresa comercial.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tras estudiar diversos modelos, encontramos que el manguito que trae de origen el modelo Omron M-7 se adaptaba mejor que los demás a la anatomía del tobillo. En segundo lugar, había que identificar una localización exacta para la colocación del manguito. Se realizó el estudio colocando el manguito lo mas ajustado posible a la localización situada 5 centímetros por encima del canal tibial posterior, identificando este en la zona posterior del maleolo interno. Se realizaron tres medidas consecutivas y se elegía como válida la mayor de las tres. Tras un periodo de entrenamiento de 25 casos, procedimos a realizar la medición sobre 224 casos consecutivos de pacientes hipertensos con un riesgo vascular estimado alto o muy alto. La comparación se estableció con el equipo doppler Haddico de señal sonora y gráfica. Se eligió este modelo porque al tener gráfica simple con indicación de la velocidad del flujo cuantitativa en metros por segundo, se obtenía una localización optima para la colocación del traductor. El aparato doppler se utilizó conjuntamente con un esfigomanómetro de mercurio Riester nova Presametric.

RESULTADOS

Las características básicas de la muestra fueron, edad media (DE) 62,75 (12,30); varones 51,1%, mujeres 48,9%; antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular 61,3%; sedentarismo 67,7%; obesidad 48,9%; diabetes 30,1%; hiperlipemia 57,5%; fumadores 45,7%. En cuanto a daño de órgano diana; cardiopatía isquémica 21%; accidente cerebrovascular previo 18,3%; insuficiencia renal previa 16,1%. Los resultados obtenidos en cuanto a correlación fueron: Correlación (test de Pearson) pierna derecha 0,86 ($p < 0,001$), pierna izquierda 0,90 ($p < 0,001$) Las TA sistólicas, media (DE), derecha e izquierda respectivamente fueron: brazo con esfigomanómetro de mercurio y doppler 149,96 (13,37); 149,28 (12,86); pierna con esfigomanómetro de mercurio y doppler 149,17 (30,03) y 147,37 (30,07); pierna con método oscilométrico 157 (42,10) y 158 (42,37). En 8 casos en la pierna derecha y en 9 casos en la pierna izquierda se obtuvieron repetidos valores de error, sin conseguir una medida válida. En todos estos casos -17- se obtuvo un ITB menor de 0,6 con la metodología doppler.

DISCUSIÓN

aunque sensibilidad y especificidad mantienen unos niveles aceptables, el aparato oscilométrico tiende a sobreestimar los valores de TA sistólica. Por tanto, si valoramos en ITB con el método oscilométrico, deberíamos subir el punto de corte de 0,9 a 0,95 o 1, sospechando vasculopatía arterial en valores inferiores. Para valores muy bajos de ITB, por debajo de 0,6, el aparato valores repetidos de error.

CONCLUSIONES

Se observa en los resultados dos puntos destacables, en primer lugar que, aunque sensibilidad y especificidad mantienen unos niveles aceptables, el aparato oscilométrico tiende a sobreestimar los valores de TA sistólica. Si valoramos en ITB con el método oscilométrico, deberíamos subir el punto de corte de 0,9 a 1, sospechando vasculopatía arterial en valores inferiores. En segundo lugar, para valores muy bajos de ITB, por debajo de 0,6, el aparato daba valores repetidos de error.

RV-11 ¿CUÁL ES EL PARÁMETRO QUE MEJOR DEFINE LA DISFUNCIÓN ENDOTELIAL EN EL TEST DE VASODILATACIÓN POST-ISQUEMIA MEDIANTE FLUJIMETRÍA POR TÉCNICA LÁSER-DOPPLER?

V. Alfaro, P. Stiefel, E. Pamiés, M. Miranda, D. Nieto, A. Vallejo, O. Muñiz, J. Villar

Servicio de Medicina Interna (UCAMI-UCERV). Complejo Hospitalario Virgen del Rocío. Sevilla.

OBJETIVOS

El software de PeriMed, en el test de vasodilatación post-isquemia mediante flujimetría por técnica láser-doppler, informa sobre multitud de parámetros tanto en el análisis general, como en el ajustado o PORH. Diferentes autores han usado diversos parámetros pero no está claro cuál es el mejor. Hay parámetros que informan sobre la rapidez de la respuesta, como la pendiente o el tiempo hasta la máxima hiperemia. Otros informan sobre duración de la respuesta, como el tiempo para alcanzar la mitad tras la máxima hiperemia. Por último otros informan sobre intensidad, como el valor máximo o el pico de flujo. El propósito de éste estudio es intentar averiguar cuál es el parámetro que mejor discrimina enfermos coronarios de controles sanos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudiamos 29 enfermos con patología coronaria probada y sometidos a revascularización y 45 voluntarios sanos. Se practicó un test de vasodilatación post-isquemia mediante flujimetría por técnica láser-doppler. La isquemia se provocó con un manguito de mercurio hinchado al menos 40 mm Hg sobre el valor de la presión arterial sistólica y se prolongó durante 4 minutos. El test se interrumpió exactamente 40 segundos tras la reperusión. Se analizaron todos los parámetros que analiza de forma automática el propio software.

RESULTADOS

Aunque casi todos los parámetros que se obtuvieron fueron significativamente diferentes, el valor que mejor diferenció a enfermos y controles fue el área de hiperemia que fue de $1828,1 \pm 918,7$ vs. $750,2 \pm 575,8$ (2,44 veces mayor en los sanos que en los enfermos). En concreto, la sensibilidad para diagnóstico de enfermedad de tener un valor de área de hiperemia inferior a 1040 fue de 0,83 y la especificidad de 0,88.

DISCUSIÓN

Aunque la mayoría de autores usan sobre todo parámetros que miden intensidad de la respuesta como el valor máximo alcanzado, el cambio porcentual del primer valor al máximo o el pico de flujo, la existencia de registros en los que el valor máximo alcanzado o el cambio porcentual de valor inicial al máximo, son aceptables, pero la duración de la respuesta muy escasa, nos han hecho plantearnos este estudio. De nuestros datos se desprende que el mejor parámetro para discriminar pacientes de controles es el área de hiperemia. Ello tiene además cierta lógica pues aumenta a medida que lo hacen no solo los parámetros de intensidad, sino también los de rapidez y los de duración de la respuesta.

CONCLUSIONES

Según nuestros datos el parámetro que mejor diferencia a sanos de enfermos coronarios es el área de hiperemia, un parámetro que mide tanto intensidad como rapidez y duración de la respuesta hiperémica tras la isquemia

RV-21 HIPERCOLESTEROLEMIA FAMILIAR HETEROCIGOTA EN ESPAÑA. DESCRIPCIÓN DE 1102 CASOS

A. García Ríos, M. Moreno Conde, J. García Quintana, N. Delgado Casado, P. Pérez Martínez, F. Fuentes Jiménez, J. López Miranda, F. Pérez Jiménez

Servicio de Medicina Interna. Unidad de Lípidos y Arteriosclerosis. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

OBJETIVOS

El propósito del estudio fue analizar las manifestaciones clínicas y la presencia de factores de riesgo cardiovascular en una población de pacientes con Hipercolesterolemia Familiar Heterocigota.

MATERIAL Y MÉTODOS

Análisis de 1102 casos con un diagnóstico genético de Hipercolesterolemia Familiar Heterocigota pertenecientes a 953 familias distintas procedentes de 80 centros españoles. Los datos clínicos y de laboratorio fueron registrados en una base de datos central y se realizó un análisis descriptivo de la misma

RESULTADOS

A) La presencia de Enfermedad cardiovascular se repartió de la siguiente forma: + Angina (73 sujetos): 6,62% + Infarto Agudo de Miocardio (49 sujetos): 4,44% + Ictus (7sujetos): 0,63% + Enfermedad vascular Periférica (18 sujetos): 1,63% + Accidente Isquémico Transitorio (10 sujetos): 0,90% B) La media obtenida de los distintos valores lipídicos: + Colesterol total: 254 mg/dl + Triglicéridos: 104,17 mg/dl + HDL: 48,14 mg/dl + LDL: 182,92 mg/dl + VLDL: 19,94 mg/dl + apo A1: 151,71 mg/dl + apo B: 119,56 mg/dl C) Las mutaciones más frecuentes del receptor LDL fueron: M001+M073, M011, M025+M080, M026 y M079. D) La presencia de Diabetes Mellitas, Hipertensión arterial y Obesidad dentro de la cohorte analizada fue del 2,54%, 11,79% y 15,51% respectivamente.

DISCUSIÓN

La Hipercolesterolemia Familiar Heterocigota se asocia a un elevado riesgo de enfermedad cardiovascular. El bajo índice de patología cardiovascular encontrado en nuestro análisis puede explicarse por realizarse sobre una población relativamente joven. Está en marcha el seguimiento de todas estas familias y en próximos años podremos obtener más información acerca de la evolución clínica de las mismas.

CONCLUSIONES

La presencia de enfermedad cardiovascular en España es claramente inferior a las descritas en la población anglosajona.



RV-23 EFECTO DE UNA INTERVENCIÓN DIETÉTICA CON LECHE ENRIQUECIDA CON ESTEROLES VEGETALES FRENTE A OTRA CON ÁCIDOS GRASOS OMEGA-3, SOBRE LA RESISTENCIA A LA INSULINA Y LOS NIVELES PLASMÁTICOS DE LIPOPERÓXIDOS EN PACIENTES CON HIPERCOLESTEROLEMIA POLIGÉNICA

E. Galán-Dorado, I. Pérez-Camacho, A. García, C. Marín, F. Fuentes, J. Delgado, J. López-Miranda
Unidad de Lípidos y Arteriosclerosis. Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

OBJETIVOS

Estudiar el efecto de una dieta con leche semidesnatada enriquecida en esteroides vegetales sobre la resistencia a la insulina y los niveles plasmáticos de lipoperóxidos frente a otra dieta con leche enriquecida en ácidos grasos omega-3.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio de intervención dietética, aleatorizado, cruzado, simple ciego, realizado con 29 pacientes con hipercolesterolemia poligénica. Se administraron 3 dietas (con un seguimiento de 4 semanas cada una) consistentes en una alimentación de tipo mediterráneo y 500 ml al día de leche semidesnatada diferente según la dieta: enriquecida en esteroides vegetales, ácidos grasos omega-3 o leche semidesnatada placebo. Se determinó al final de cada periodo de intervención, glucosa basal e insulina, estimándose la resistencia insulínica mediante el índice HOMA (homeostais model assesment) aplicando el modelo original (HOMA1) y el modelo informatizado (HOMA2) utilizando el programa informático HOMA2-calculator v2.2. Se analizaron también los niveles plasmáticos de lipoperóxidos mediante colorimetría a través del Kit K-assay LPO-CC.

RESULTADOS

Al comparar el periodo con esteroides vegetales (EV) frente al de la leche enriquecida en omega-3 (N-3) y al Placebo (Pb), observamos, en el grupo de intervención con esteroides vegetales, un aumento de los niveles plasmáticos de insulina (EV: $7,19 \pm 2,89$ vs. N-3: $6,05 \pm 2,37$ vs. Pb $6,09 \pm 2,22$, $p=0,03$) así como de la resistencia a la insulina determinada a través de los índices HOMA 1 (EV: $1,65 \pm 0,73$ vs. N3: $1,33 \pm 0,54$ vs. Pb: $1,37 \pm 0,52$; $p=0,03$) y HOMA 2 (EV: $0,96 \pm 0,45$ vs. N-3: $0,78 \pm 0,3$ vs. Pb: $0,78 \pm 0,28$; $p=0,03$). Del mismo modo, observamos un aumento de los niveles plasmáticos de lipoperóxidos en el grupo con esteroides vegetales (EV: $0,52 \pm 0,22$ vs. N-3: $0,36 \pm 0,21$ vs. Pb: $0,41 \pm 0,24$, $p=0,01$). El análisis de la glucosa basal no fue significativo.

DISCUSIÓN

Recientes estudios realizados por el grupo finlandés de Jussi Pihlajamäki & Co. demuestran que los sujetos con resistencia a insulina se caracterizan por una absorción disminuida de colesterol y un aumento de la síntesis hepática. Similar perfil metabólico lipídico muestran los pacientes a los que se les administran esteroides vegetales. Harían falta más estudios para profundizar o descartar una posible relación entre esteroides vegetales y omega 3, y los estados de resistencia a insulina; así como sobre algunos marcadores de estrés oxidativo.

CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos sugieren que una dieta con leche enriquecida en esteroides vegetales podría aumentar la resistencia a insulina, así como los niveles plasmáticos de lipoperóxidos en pacientes con hipercolesterolemia poligénica, en comparación con leche omega-3 y placebo.

RV-25 EL POLIMORFISMO-265T/C SITUADO EN LA APOPROTEÍNA A2 DE LAS HDL REGULA PARCIALMENTE LA RESPUESTA LIPÍDICA POSTPRANDIAL TRAS UNA COMIDA RICA EN ÁCIDOS GRASOS SATURADOS

N. Delgado Casado, A. García Ríos, P. Pérez Martínez, I. Pérez Camacho, J. Delgado Lista, J. Ruano, J. López Miranda, F. Pérez Jiménez

Servicio de Medicina Interna. Unidad de Lípidos y Arterioesclerosis. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

OBJETIVOS

La apoproteína A2 es un componente importante de la estructura de las partículas HDL. Sin embargo, su papel en el metabolismo lipídico no está bien establecido, aunque podría antagonizar el efecto de la Apo A-I. Se ha indicado también que el polimorfismo -265T/C del gen del promotor de la Apo A2 influye en la lipemia postprandial, aunque este dato no ha sido confirmado. **OBJETIVO:** Estudiar en cien hombres jóvenes y sanos el periodo postprandial tras una comida rica en grasa saturada, y su relación con el polimorfismo Apo A2 -265T/C.

MATERIAL Y MÉTODOS

Los participantes realizaron un desayuno contenía un 60% de grasa (SAT: 35%; MONO: 19%; PUFA: 7%). Se evaluó la lipemia postprandial, midiendo las distintas fracciones lipídicas en las horas 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8,5 y 11. Se utilizó PCR a tiempo real, usando sondas Taqman para la determinación genética del polimorfismo -265T/C de la Apo A2. Para valorar las diferencias en la respuesta de la lipemia postprandial entre los distintos genotipos, se empleó la prueba de ANOVA para medidas repetidas.

RESULTADOS

La frecuencia por genotipos del estudio fue TT:41%; TC:47%; CC:12%. Estratificamos la muestra en dos grupos: homocigotos para el alelo más frecuente (TT), y portadores del alelo minoritario (TC/CC). Las personas TT presentaron mayores cifras basales de triglicéridos (89,3 mg/dl VS. 73,2, $p<0,05$) y mayor respuesta postprandial de triglicéridos ($p=0,037$). En la comparación por pares (t-student para medidas independientes), los TT (homocigotos para el alelo más frecuente) mostraron una mayor concentración de triglicéridos que los TC/CC en las tres primeras horas. No existieron diferencias significativas en colesterol total, HDL-c, LDL-c, Apo A-I ni Apo B durante el postprandio

CONCLUSIONES

El polimorfismo Apo A2 -265 T/C influye en el metabolismo postprandial de la grasa, presentando los portadores de la mutación (TC/CC) una menor elevación de triglicéridos que los homocigotos para el alelo más frecuente (TT). Este hallazgo puede ayudar a interpretar el papel de la Apo A2 en el metabolismo lipídico.



RV-29 ESTUDIO POBLACIONAL SOBRE LA PREVALENCIA DEL SÍNDROME METABÓLICO Y LOS FACTORES DE RIESGO VASCULAR TRADICIONALES EN SANLÚCAR DE BARRAMEDA. ESTUDIO SANLÚCAR

A. López Suárez¹, M. Alwakil², J. Elvira González¹, J. Rosal Obrador¹, H. Badani³, M. Oliver Pece², A. Pons Raga⁴, J. Saucedo²

¹ Servicio de Medicina Interna

² Urgencias

³ Servicio de Nefrología

⁴ Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Virgen del Camino. Sanlúcar de Barrameda (Cádiz).

OBJETIVOS

El síndrome metabólico (SM) tiene una elevada prevalencia en la población española y se le considera asociado al desarrollo de enfermedad vascular. El objetivo del estudio es la determinación de la prevalencia de SM y de los factores de riesgo vascular clásicos en la población de Sanlúcar de Barrameda, situada en una provincia con una de las mayores tasas de morbimortalidad cardiovascular a nivel nacional.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio poblacional, transversal con selección aleatoria de una muestra representativa (n=842) de la población residente en Sanlúcar de Barrameda con edades comprendidas entre 50 y 75 años (14048 habitantes), a través del padrón municipal. Se comparan las prevalencias de SM según las definiciones de la NCEP-ATPIII y de la IDF. Se describen las prevalencias de Obesidad (IMC>30 Kg/m²), Diabetes Mellitus tipo 2, Hipertensión Arterial, Hipercolesterolemia, Tabaquismo y Enfermedad Cardiovascular sintomática (ECV).

RESULTADOS

Prevalencia global del SM de 56,8%/60,0% (ATPIII/IDF), mayor aún en enfermos con algún evento cardiovascular previo (75,0%/76,1%). Prevalencia asociada significativamente con la edad pero no con el sexo. Los criterios más prevalentes en el SM fueron en orden decreciente: perímetro abdominal (93,1%/100%), presión arterial (96,6%/96,3%), glucosa (84,5%/83,8%), triglicéridos (58,7%/55,8%) y HDLc (25,8%/23,5%). A su vez fueron también muy prevalentes en sujetos sin SM los criterios perímetro abdominal (47,1%/64,7%) y presión arterial (53,8%/51,2%), mostrando en este grupo sin SM mayor especificidad la glucosa (18,1%/14,8%), triglicéridos (6,9%/6,6%) y HDLc (1,5%/2,6%). Prevalencia de Obesidad 57%, Diabetes 28%, Hipertensión 48%, Hipercolesterolemia 40%, Tabaquismo activo 14%, ECV 12%.

CONCLUSIONES

Prevalencia muy elevada de SM, hasta la fecha la mayor comunicada en un estudio poblacional, incluso mayor que la descrita en otros estudios entre sujetos con enfermedad cardiovascular previa, y vinculada a una muy elevada prevalencia de obesidad.

RV-31 ASOCIACIÓN DEL SÍNDROME METABÓLICO Y LA ARTERIOPATÍA PERIFÉRICA ESTABLECIDA MEDIANTE EL ÍNDICE TOBILLO-BRAZO EN EL ESTUDIO SANLÚCAR

A. López Suárez¹, J. Elvira González¹, F. Cañas², E. Benítez³, M. Alwakil⁴, J. Rosal Obrador¹, H. Badani⁵, M. Oliver Pece⁴

¹ Servicio de Medicina Interna.

² Análisis Clínicos, ⁴ Urgencias, ⁵ Servicio de Nefrología. Hospital Virgen del Camino. Sanlúcar de Barrameda (Cádiz).

³ Medicina Preventiva. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.

OBJETIVOS

El índice tobillo-brazo (ITB) es la mejor prueba diagnóstica no invasiva para el diagnóstico de arteriopatía periférica (AP), relacionándose con la morbimortalidad cardiovascular. Algunos estudios no hallan una asociación significativa entre AP y el SM. En el presente estudio se determina la asociación entre la AP, definida por el ITB, y el síndrome metabólico (SM).

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio poblacional, transversal con selección aleatoria de una muestra representativa (n=842) de la población residente en Sanlúcar de Barrameda con edades comprendidas entre 50 y 75 años (14048 habitantes), a través del padrón municipal. Determinación del ITB a todos los individuos mediante doppler vascular (Mini Dop ES-100VX, HAYASHI DENKI CO., LTD., Japan) con sonda de 8 Mhz y tensiómetro de mercurio calibrado. Se calcula el ITB de un lado dividiendo la mayor PAS entre la tibial posterior y pedia de la pierna del mismo lado entre la mayor PAS de los dos brazos. Se selecciona el menor ITB de los lados izq., y dcho. Se define ITB bajo a u resultado <0,90, normal entre 0,90 y 1,40, y anormal alto >1,40. Determinación del SM mediante los criterios de la NCEP-ATPIII. Comparación de la prevalencia de SM entre las tres categorías de ITB.

RESULTADOS

Un ITB bajo fue encontrado en el 9,5% de los individuos con SM y en un 6,3% sin SM ($p=0,074$), mientras que un ITB anormal alto en un 15,5% y 10,1% respectivamente ($p=0,016$). Los elementos integrantes del SM con los que se asoció el ITB bajo o anormal alto fueron los triglicéridos y el HDLc. El ITB bajo o anormal alto se asoció significativamente con la edad, el tabaquismo activo, la coexistencia de diabetes, hipertensión, enfermedad cardiovascular previa, la uricemia y la excreción urinaria de albúmina.

CONCLUSIONES

El SM se asoció significativamente al ITB anormal alto, resultando dicha asociación limítrofe con el ITB bajo. Los elementos integrantes del SM a través de los cuales se asoció con el ITB fueron los triglicéridos y el HDLc.



Varios (V)

V-07 ANÁLISIS DE LAS CARACTERÍSTICAS DEL PACIENTE PLURIPATOLÓGICO DENTRO DE LOS SERVICIOS DE CIRUGÍA

A. Maraver García, M. Raffo Márquez, A. Cabrera Núñez, J. Prado Mediano, P. Sosa Rojas, E. García González, M. Del Castillo Madrigal, J. Ramos-Clemente Romero

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

OBJETIVOS

Establecer que proporción de los pacientes que ingresan en servicios de cirugía cumplen criterios de pacientes pluripatológicos y cuales son sus características, comparándolos con estudios similares realizados en áreas de medicina interna.

MATERIAL Y MÉTODOS

Para realizar nuestro estudio analizamos las características de los pacientes que ingresaron en el servicio de cirugía general del hospital Infanta Elena de Huelva desde el día 15/2/07 al día 15/3/07, valorando que proporción de pacientes dentro del total cumplían criterios de paciente pluripatológico basándonos en las categorías definidas en el proceso asistencial

RESULTADOS

A lo largo del mes que hemos analizado ingresaron en el servicio de cirugía de nuestro hospital un total de 108 pacientes de los cuales 52 eran mujeres (48,6%) y 55 eran hombres (51,4%). La media de edad del total de los pacientes fue de 55,4 años. Dentro del total de los pacientes analizados, el número de pacientes que clasificamos como pluripatológicos fueron 26 (24,30%), definiendo como pluripatológicos a aquellos que cumplían 2 o más de las categorías definidas por el proceso asistencial. El 73% de los pacientes de nuestro grupo de pluripatológicos cumplían 2 categorías, el 19% cumplían 3 categorías y el 8% cumplían 4 categorías. La categoría más frecuente fue la B, seguida de la F, la A y la C. La edad media global del paciente pluripatológico fue de 68,5 años, si lo analizamos en función de las categorías, los pacientes que cumplían 2 categorías tenían una media de edad de 64,5 años, los que cumplían 3 categorías presentaban una media de 76,6 años y los de 4 categorías 86 años de media; observamos también que al incluir el sexo como variable de diferenciación se observaban unas diferencias de 4 años a favor del pluripatológico varón con respecto a las mujeres. Al valorar las patologías quirúrgicas que se presentaban en los pacientes estudiados a lo largo de todo el mes observamos como las hernias, la colecistitis y las intervenciones derivadas de patologías neoplásicas eran las más frecuentes dentro de nuestro grupo de pluripatológicos, con una prevalencia cada una del 15,3%

DISCUSIÓN

Al analizar todos los datos obtenidos en nuestro estudio podemos ver como los pacientes que se pueden etiquetar de pluripatológicos no son exclusivos de los servicios de medicina interna, si bien, las características de éstos difieren en algunos puntos destacables; para empezar si comparamos nuestros datos con otras series de pacientes pluripatológicos estudiados en áreas de medicina interna observamos como la categoría A es menos frecuente en los pluripatológicos ingresados en cirugía, aunque si que se constata como las categorías B y F, también muy frecuentes en otras series estudiadas en servicios de medicina, son las de mayor prevalencia en nuestro grupo de pacientes. Así mismo es importante destacar que nuestro grupo de pacientes presentaba una media de edad superior para los hombres que para las mujeres, lo cual es justo a la inversa de los datos sacados de estudios realizados en medicina interna, donde la edad de las mujeres pluripatológicas era superior a la de los hombres

CONCLUSIONES

1. Los pacientes pluripatológicos son también muy frecuentes en servicios de cirugía, con una prevalencia de casi un 25% del total de los pacientes que ingresan, todo ello podría justificar la necesidad de un internista dentro de los servicios quirúrgicos. 2. Las características de los pacientes pluripatológicos en los servicios de cirugía y de medicina interna difieren en algunos puntos como ya hemos visto anteriormente. 3. La edad media del paciente pluripatológico es claramente superior a la de los pacientes no pluripatológicos, y a su vez, esta media de edad se va incrementando conforme más categorías definitorias de pluripatología cumplan los pacientes. 4. Las hernias, las colecistitis y las neoplasias ocupan entre las 3 más del 50% de la patología quirúrgica dentro del grupo de pacientes pluripatológicos

V-11 EXITUS DE PACIENTES ATENDIDOS POR PATOLOGÍA MÉDICA EN UN HOSPITAL QUIRÚRGICO

F. Báñez Sánchez, J. Trujillo Pérez, G. Duro Ruiz, S. Bermudo Conde, F. Jódar Morente, D. Carrillo Ortiz, M. Castillo Hernández, N. Marín Gámez

Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario de Jaén. Jaén.

OBJETIVOS

Pretendemos conocer el perfil de los pacientes que fueron exitus, atendidos por patología médica en un hospital quirúrgico de tercer nivel donde no existe Servicio de Medicina Interna y por tanto solo se atienden hojas de consulta (HDC) de otros Servicios.

MATERIAL Y MÉTODOS

Hemos recogido datos de la historia clínica de los pacientes (P) que fueron atendidos durante el periodo que comprende del 1 de Junio de 2006 hasta el 31 de Marzo de 2007 por el Servicio de Medicina Interna y fueron exitus en un hospital que consta de los servicios de Traumatología (50% de las camas), Neurocirugía (12% de las camas), ORL (12% de las camas), Cirugía Maxilofacial (1% de las camas) y Psiquiatría (25% de las camas). Se ha recogido: edad, sexo, especialidad a la que pertenecían, patología por la que estaban ingresados, días transcurridos desde el ingreso hasta la realización de la HDC, días de seguimiento por Medicina Interna hasta el exitus y patología que precisó la HDC.

RESULTADOS

De los 620 P atendidos durante dicho periodo, 22 P (3,5%) fueron exitus, de los cuales 11 eran varones y otros 11 mujeres, con una edad media de 82 ± 9 y 81 ± 4 años respectivamente. La media de días desde el ingreso hasta la HDC fue de 14,9 días siendo el máximo de 97 días y el mínimo el día del ingreso en 2 P, la mediana fue de 5,5 días. Los días de seguimiento hasta el exitus fueron 7,09, siendo el máximo de 40 y el mínimo fue exitus en el mismo día en 4 P, la mediana fue de 4 días. En cuanto a la procedencia de las HDC el 82% (18 P) fueron de Traumatología y el 18% (4 P) de Neurocirugía, no hubo exitus de los demás Servicios. Las patologías mas frecuentes que motivaron el ingreso fueron fractura de cadera con el 73% (16 P), hemorragia cerebral 14% (3 P) y el resto fue un P por metástasis óseas, otro por fractura de humero y otro por traumatismo craneoencefálico con el 4,5% cada uno. Las patologías que principalmente motivaron las HDC fueron la insuficiencia cardio-respiratoria en el 23% (5 P), infección respiratoria/neumonía en el 27% (6 P), abdomen agudo en el 14% (3 P), sepsis en el 9% (2 P) y otras causas variadas en el 28% (6 P).

DISCUSIÓN

Del estudio se desprende la gran actividad que realiza el Servicio de Medicina Interna en este tipo de hospitales donde la mayoría de los P sobre los que se le consulta hay que seguirlos a diario y donde algunos acaban siendo exitus. La mayoría de los pacientes que fallecen son de edad avanzada y pertenecen al Servicio de Traumatología destacando la fractura de cadera como la principal causa de ingreso que lleva a la muerte y como causa directa del éxitus destaca como mas frecuente la patología infecciosa de diversa causa pero principalmente respiratoria. Destaca también la existencia de Servicios donde no se han registrado exitus de pacientes atendidos por M. Interna durante el periodo estudiado.

CONCLUSIONES

1. Traumatología es el Servicio donde se produce la tasa mas alta de éxitus
2. En la mayoría de los casos la causa que motivó el ingreso del paciente fue la fractura de cadera.
3. La patología infecciosa fue la causa principal que desencadenó la fatal evolución.

V-14 NUEVOS ROLES PROFESIONALES EN ENFERMERÍA. SUPERVISOR: GESTOR DE CUIDADOS

C. Buiza Gandullo, E. Bayoll Serradilla, C. García Asuero, A. Rodríguez Hurtado

Unidad de Continuidad Asistencial (UCA). Hospital de El Tomillar. Dos Hermanas (Sevilla).

OBJETIVOS

1. Potenciar y avanzar en la Gestión de los cuidados de Calidad, integrando la mejor práctica enfermera con el mejor uso de los recursos disponibles.
2. Analizar la actividad enfermera profundizando en el conocimiento del qué, por qué, cómo lo hacemos y qué deberíamos hacer.
3. Desarrollar "Cuadro de mando" que nos proporcione información para la toma de decisiones.

MATERIAL Y MÉTODOS

La gestión de cuidados es ofrecer a los pacientes los mejores resultados posibles en la práctica diaria (efectividad), acordes con la información científica disponible que haya demostrado su capacidad para cambiar de forma favorable el curso clínico de la enfermedad (eficacia) con los menores costes para el paciente y la sociedad en su conjunto (eficiencia). Elegimos los elementos claves de un programa de gestión de calidad, los estudiamos y los comparamos con la realidad de la práctica enfermera de nuestra Unidad, seleccionando elementos de mejora que estaban a nuestro alcance. En la UCA se han definido unas líneas de calidad encaminadas a garantizar la idoneidad de los cuidados, a prevenir los posibles riesgos de la atención o a mejorar las relaciones usuarios-personal de enfermería: -Línea I: Prevención de riesgos derivados de la asistencia hospitalaria. -Línea II: Mejora en la satisfacción del paciente -Línea III: Metodología de trabajo en la aplicación del cuidado en Enfermería. -Línea IV: Plan de atención al cuidador. La metodología de trabajo utilizada ha sido: -Designación de un responsable y grupo de trabajo por cada línea (seleccionados con un perfil determinado que contemplaba aspectos tales como conocimiento del tema, disposición para trabajar en equipo..) -Revisión de protocolos y guías de actuación avalados por la evidencia científica con el fin de normalizar y optimizar la actividad cuidadora. -Adecuación de registros de cuidados como instrumento de garantía y control de la práctica profesional. -Formación del personal. -Identificación, definición, presentación y difusión de indicadores enfermeros a todo el personal. -Monitorización de estos indicadores y elaboración del cuadro de mandos -Información y difusión de los resultados. Reevaluaciones periódicas.

RESULTADOS

Los resultados obtenidos (periodo Enero-Diciembre 2006) tras la implantación de un programa de calidad de enfermería son: Línea I: monitorización de indicadores enfermeros. Informe de continuidad asistencial:80,2% de las altas por mejoría. Itus asociadas a sondaje vesical: 11,2% Flebitis:7,7% Heridas por presión: 5,4% caídas: 0,89%. Contaminación de hemocultivos: 4,99% Línea II: Puesta en marcha del Plan de acogida a todos los pacientes hospitalizados. Valoración de las causas que inciden en las reclamaciones al personal de enfermería. Línea III: Implantación de planes de cuidados con criterios de resultados Asignación enfermera referente Emisión de informes de continuidad de cuidados :80,2% Línea IV: Proyecto de Educación sanitaria personalizada. 91,2% de corrección déficits. Área de Atención al cuidador. 55% de cuidadoras de pacientes ingresados atendidas

CONCLUSIONES

-La mejora continua es un proceso dinámico y permanente en el tiempo, entendiéndose no como un proceso de inspección, sino como un instrumento de análisis de la información. Para iniciar un programa de mejora continua, es necesario contar con información derivada de un observatorio de evaluación cuantitativa y cualitativa que sirva para conformar el diagnóstico general de la Unidad y determinar el nivel de calidad de las intervenciones o servicios de enfermería. -Tras la implantación de un programa de calidad dirigido a las intervenciones de enfermería más prevalentes en la Unidad disponemos de información que nos permite conocer nuestros estándares de referencia y así poder identificar áreas de mejora y compararnos con unidades de características similares.

V-15 CICLOFOSFAMIDA EN PULSOS A DOSIS BAJAS EN MANIFESTACIONES GRAVES DE ENFERMEDADES AUTOINMUNES SISTÉMICAS. EXPERIENCIA DE 10 AÑOS

F. Muñoz Beamud, J. González Nieto, C. Manzano Badía, E. Molano Tejada, B. Pérez Muñoz, I. Martín Suárez

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

OBJETIVOS

Evaluación de la eficacia en el control de síntomas y de la toxicidad de la ciclofosfamida administrada en bolos mensuales con dosis inferiores a las convencionales (3 pulsos de 500 mg semanales seguidos de 3 pulsos cada 21 días y de pulsos mensuales) en pacientes con manifestaciones graves de enfermedades autoinmunes sistémicas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Realizamos una revisión sistemática de las historias clínicas de una serie de 25 pacientes (10 varones y 15 mujeres) con diversas patologías autoinmunes sistémicas seguidos en nuestra consulta y que hubieran realizado al menos 6 meses de tratamiento con bolos del fármaco según un protocolo previamente establecido. Se recogieron diversas variables clínicas con objeto de valorar la respuesta clínica, la dosis requerida para control de síntomas, la duración del tratamiento y los efectos tóxicos.

RESULTADOS

De los 25 pacientes tratados, 8 fueron nefropatías lúpicas, 5 esclerodermias difusas, 2 Granulomatosis de Weggener, 2 polianginitis microscópica, 1 Enfermedad de Churg-Strauss, 3 Neurobeçhet y 1 vasculitis SNC en AR y 3 síndromes de superposición. Todos los pacientes recibieron dosis decrecientes de esteroides concomitantemente y 2 pacientes recibieron además dosis bajas de metotrexato oral (7,5 mg semanal): La duración media del tratamiento fue de 19,6 (SD 4,5) meses. La respuesta en el control de los síntomas fue completa en la mayoría de los casos. Fue en los pacientes con afectación pulmonar intersticial por esclerodermia y en el neurobeçhet donde los síntomas progresaron o recidivaron, precisando tratamientos más prolongados y con peores respuestas. Los efectos secundarios más frecuentes fueron a leucopenia ligera (8% casos) que revirtió con disminución de la dosis, un caso aislado de alopecia reversible con la retirada del fármaco y una baja incidencia de infecciones que en ningún caso obligó a retirar el fármaco. Cabe destacar asimismo, que la insuficiencia ovárica no fue registrada en ningún caso a las dosis empleadas y que una paciente quedó embarazada meses después de la retirada del fármaco.

CONCLUSIONES

Bajo nuestra experiencia, la pauta de administración de ciclofosfamida mediante bolos mensuales de 500 mgr mostró una eficacia similar a la dosis estandarizada y se desarrollaron menos efectos adversos. La aparición de estos guardó una clara relación dosis-dependiente. La asociación de bajas dosis de esteroides u otro inmunosupresor no supuso una mayor incidencia de infecciones. La peor respuesta se obtuvo en aquellos pacientes que padecían afectación pulmonar en esclerodermia y neurobeçhet.



V-16 INSTRUMENTO ADEQHOS EN PASE DE SALA EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA ¿PUEDE LLEGAR A MODIFICAR NUESTRA CONDUCTA?

J. García Mata, A. Clavo Sánchez, A. Serrano González, J. Durán Alonso, E. Fernández Molle, S. Sasian Martínez, F. Diosdado Fernández, M. Tinoco Bernal

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

OBJETIVOS

Aplicar en nuestro servicio de Medicina Interna el instrumento AdeQhos propuesto por Antón y cols (rev Calidad asistencial 2002; 17 (8):591-9) elaborado a partir del AEP y del OBSI. Este instrumento, diseñado para identificar estancias inadecuadas y realizado por el clínico en su pase de visita, es eficaz, sencillo y rápido de aplicar.

MATERIAL Y MÉTODOS

Hemos aplicado el cuestionario en tres ocasiones durante 7 días consecutivos en junio y noviembre de 2006 y abril 2007, estando implicados todos los profesionales del servicio. Los datos se transfirieron a hoja de cálculo Excel con formato predefinido para evitar errores, siendo analizados con el programa SPSS Windows 8.0 de forma descriptiva.

RESULTADOS

Durante su aplicación se realizan tres cortes en diferentes épocas de frecuentación hospitalaria: junio, noviembre y abril. Se evaluaron 555, 530, 422 estancias respectivamente, excluyéndose 67 (12%), 43 (9%), 58 (13%) según instrucción de cuestionario. De las 486 (junio), 487 (noviembre), 364 (abril) estancias analizadas han sido "adecuadas" 80%, 78%, y 78%, y se consideraron "no adecuadas" 20%, 21% y 22%. En cuanto a los criterios de adecuación estos eran objetivos en 62%(junio), 61% (noviembre), 65% (abril), siendo los más frecuentes recogidos "necesidad de tratamiento" y "cuidados y controles de enfermería". así mismo el criterio subjetivo del médico fue recogido en el 17%, 16% y 12,3% respectivamente. De las estancias inadecuadas, en los tres cortes practicados, se argumentó principalmente problemas familiares y falta de cuidados alternativos para justificar las mismas.

DISCUSIÓN

El cuestionario AdeQhos resulta un instrumento útil para evaluar la adecuación/inadecuación de la estancia hospitalaria. Inicialmente diseñado para evaluar estancias quirúrgicas, creemos que representa, a pesar de infraestimar la inadecuación debido al ítem subjetivo del facultativo, un instrumento necesario de aplicación en nuestro pase de sala habitual. Los diferentes porcentajes de inadecuación encontrados (19%, 21% y 22%) se encuentran dentro del rango de adecuación publicado en diferentes estudios. El porcentaje de estancias subjetivas representan un área de mejora en nuestro quehacer diario, aunque desde su instauración en nuestro Hospital vemos una tendencia descendente (17%,16% y 12,3%) lo que nos podría indicar su repercusión en nuestros profesionales. Este cuestionario podría convertirse en material de rutina para la evaluación de estancias en nuestro servicio, siendo su acogida muy satisfactoria por el profesional.

CONCLUSIONES

El instrumento Adeqhos representa un cuestionario rápido y fácil de aplicar. Se puede convertir en un indicador de mejora ya que nos permite detectar problemas relacionados con el alta, adelantándonos a ellos. Nos obliga a mejorar a través de la medición de estancias subjetivas,, los diagnósticos por médicos y a implantar guías de practica clínicas en nuestro centro.

V-20 PERFIL DE LOS PACIENTES CON ANTICUERPOS ANTI SS-A

M. Martín Pérez¹, M. Guil García¹, M. Ramos Cantos¹, G. Soriano², C. De la Torre Solís³,
L. Montero Rivas¹, C. San Román y Terán¹

¹ Servicio de Medicina Interna.

² Servicio de Análisis Clínicos

³ Atención Primaria Distrito Axarquía. Hospital Comarcal de la Axarquía. Vélez-Málaga (Málaga).

OBJETIVOS

Conocer las características clínico-epidemiológicas de los pacientes con Anti SSA (+) en seguimiento en nuestro Servicio

MATERIAL Y MÉTODOS

Realizamos un estudio descriptivo transversal a partir de las historias clínicas de una serie de 36 pacientes con SSA (+) del Hospital de la Axarquía analizando datos epidemiológicos, clínicos, de laboratorio, subgrupos diagnósticos y tratamiento. Analizamos los resultados con estadístico SPSS

RESULTADOS

La edad media es de 53 años (19-84). Tiempo de seguimiento en consulta 67 meses (4-240). 5 no tenían diagnóstico (14%) y 31 (86%) presentaban los siguientes diagnósticos: 19 (61%) Sd de Sjögren Primario, 4 Lupus Discoide, 3 LES, 2 Sd de Sjögren Secundario (LES. AR), 1 Polimiositis, 1 Sd Antifosfolípido Primario y 1 AR. Las manifestaciones clínicas más relevantes se encuentran artralgias en 27 (75%), xeroftalmía en 24 (66,7%), xerostomía en 21 (58,3%), piel seca en 19 (52,8%), fenómeno de Raynaud en 8 (22,2%). Dentro de las pruebas diagnósticas, el test de Schirmer se realizó en 25 casos (69%), Rosa de Bengala en 2 (5,6%), FR en 29 (80,6%), antiTPO en 19 (52,8%), anti Células Parietales y anti Factor Intrínseco en 3 (8,3%). En el subgrupo de Sd de Sjögren Primario la edad media era de 52,6 (19-79). Historia obstétrica recogida en 8 casos (42,1%). Otras enfermedades autoinmunes asociadas eran hipotiroidismo autoinmune en 5 (26%), anemia perniciosa en 2 y cirrosis biliar primaria en 1. En los datos serológicos destacar FR en 16 (84,2%) complemento en 5 (26%) y criglobulinas en 1 (5,3%). 2 casos (10,5%) evolucionaron a linfoma (linfoma difuso de células B y linfoma de Hodgkin). En el tratamiento predominaban los AINES en 21 (58,3%), corticoides en 9 (25%) y lágrima artificial en 20 (55,6%).

DISCUSIÓN

La presencia de anticuerpos Anti SSA es de alta especificidad y sensibilidad en el diagnóstico del Sd de Sjögren, siendo ésta una enfermedad autoinmune sistémica con afectación tanto glandular como extraglandular. En muchas ocasiones supone un reto diagnóstico, sobre todo teniendo en cuenta que en algunos casos pueden evolucionar hacia linfoma.

CONCLUSIONES

1. No se realizan pruebas diagnósticas objetivas de afectación glandular en todos los pacientes con anti SSA.
2. Dada la asociación con otras enfermedades autoinmunes no se realizan pruebas diagnósticas de exclusión.
3. Teniendo en cuenta la posible evolución a linfoma, los datos serológicos que harían sospecharlo son realizados en escaso número.

V-23 EMBARAZO Y ENFERMEDADES AUTOINMUNES

C. Manzano Badía, I. Martín Suárez, E. Molano Tejada, S. Benito Conejero, J. González Nieto, F. Muñoz Bemund

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

OBJETIVOS

El embarazo en pacientes con enfermedades autoinmunes y estados de hipercoagulabilidad implica un mayor riesgo de complicaciones como las tromboembólicas (ETE), abortos, desprendimiento prematuro de placenta, preeclampsia o el crecimiento intrauterino retardado (CIR). Nos planteamos como objetivo revisar la experiencia y resultados en el manejo de la gestación en pacientes con enfermedades autoinmunes y estados de hipercoagulabilidad seguidos en una Unidad de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Realizamos una revisión de Historias Clínicas de las pacientes seguidas en la UEAS y que han tenido alguna gestación.

RESULTADOS

Se han revisado 41 gestaciones de 29 pacientes, de las cuales un 31%(9) presentan trombofilia hereditaria (siendo la más frecuente el Factor V de Leyden), un 10,3%(3) Síndrome Antifosfolípido Primario, un 10,3%(3) LES, un 6,89%(2) LES con ACL positivo, un 17,29%(5) LES + Síndrome Antifosfolípido Secundario, un 6,89%(2) ETV idiopática y un 17,89%(5) con otros diagnósticos. En 19 gestaciones se mantuvo tratamiento con AAS durante el embarazo (en 14 de ellas se sustituyó por HBPM 4 semanas antes del parto, manteniéndose hasta 4 semanas posparto); 9 mantuvieron desde el inicio de la gestación combinación de AAS con HBPM a dosis bajas; en 4 HBPM a dosis anticoagulantes, en 2 con ETEV como debut de la enfermedad; el tratamiento esteroideo se pautó en 16 embarazos, 8 durante la gestación y 8 en el puerperio; no realizándose ninguna medida especial en 6. Las complicaciones materno-fetales más frecuentes fueron CIR en 4 gestaciones, brote lúpico en 3, 3 amenazas de aborto en el 1º trimestre, 2 amenazas de parto prematuro, 1 episodio de esteatosis hepática, 1 insuficiencia placentaria, 1 preeclampsia, 1 síndrome de HELLP (como debut de la enfermedad) y un total de 4 abortos en 2 pacientes. El porcentaje de abortos, previo al seguimiento en consultas fue del 69,86% (14 abortos de 23 embarazos), superior a la incidencia de abortos conseguido tras el control de dichas pacientes en la UEAI, 9,75%.

CONCLUSIONES

Podemos decir que tenemos una baja incidencia de complicaciones materno-fetales durante los embarazos controlados en nuestra consulta, con un 90,24% de éxito terapéutico, entendiéndose por éxito, la gestación a término con feto viable.

V-26 PROGRAMA DE FARMACOVIGILANCIA EN LA UNIDAD CLÍNICA DE ATENCIÓN MÉDICA INTEGRAL DE MEDICINA INTERNA (UCAMI): IMPLANTACIÓN Y RESULTADOS

D. Rangel¹, M. Cassani², J. Torelló¹, M. Ollero², J. Castillo¹, M. Bernabeu²

¹ Servicio de Farmacología Clínica - Centro Andaluz de Farmacología.

² Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.

OBJETIVOS

Se ha descrito ampliamente en la literatura médica el impacto de las Reacciones Adversas Medicamentosas (RAM) en términos de morbilidad (3-6% ingresos hospitalarios causados por RAM y el 11% de los pacientes hospitalizados sufre una RAM), mortalidad (incidencia de RAM mortales en pacientes hospitalizados del 0,32%, lo que implica la 4ª causa de muerte), costes económicos y preventabilidad (tasa mediana de RAM prevenibles del 59%) y demostrada la marcada infranotificación de RAM que existe en el ámbito hospitalario por diferentes razones. Desde Marzo de 2006 está en marcha un programa de farmacovigilancia en la UCAMI que intenta mejorar estos datos; el objetivo del presente estudio es: a) Valorar el rendimiento del programa 9 meses después su puesta en marcha desde el punto de vista cuantitativo (incremento del número de notificaciones). b) Efectuar un análisis descriptivo de las RAM detectadas en este periodo.

MATERIAL Y MÉTODOS

1. Sesiones formativas e informativas impartidas por el SFC/CAFV. 2. Distribución de Tarjetas Amarillas (TA) en los despachos médicos y colocación de carteles en los que se detalla como se puede y qué se debe notificar. 3. Facilitación a los facultativos de la notificación directa de RAM mediante e-mail, fax, teléfono o de forma personal, ya que miembros del Servicio de Farmacología Clínica (SFC) y del Centro Andaluz de Farmacovigilancia (CAFV) realizarán visitas semanales periódicas a los despachos médicos. 4. Elaboración por parte del SFC/CAFV de informes individualizados sobre las RAM notificadas para los facultativos de UCAMI. 5. Para la evaluación de la gravedad y del algoritmo de causalidad de las RAM se han aplicado los criterios del sistema Español de Farmacovigilancia (SEFV).

RESULTADOS

En términos globales y desde un punto de vista cuantitativo se ha pasado de 1 TA notificada en 2005 a 24 TA en 2006, suponiendo el 38,8% de todas las notificaciones de los Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Este porcentaje se incrementa hasta un 51% si se excluyen las notificaciones realizadas por residentes del SFC. Las 24 TA contenían 36 RAM en las que estaban implicadas 39 fármacos sospechosos. Descripción cualitativa de las notificaciones: La mediana de la edad fue de 70 años (P25=55, P75=79). La mayoría fueron mujeres (62%, n=16). En cuanto a la gravedad, el 87,5% se consideraron RAM graves (8% de amenaza vital), suponiendo la causa de ingreso en el 46% y en el 25% obligaron a la prolongación del mismo. Desde el punto de vista del desenlace, la gran mayoría de las notificaciones (71%) se recuperaron sin secuelas. El 92% de las RAM eran conocidas, siendo sólo el 8% (n=2) desconocidas. Analizando las RAM por órganos, las más frecuentes son las neuropsiquiátricas y las cutáneas, ambas con un 22% a continuación, con un 11% están los trastornos de la coagulación y, con la misma frecuencia, los del metabolismo. Los fármacos implicados más frecuentemente son las fluorquinolonas (29%) seguidas por los diuréticos (17%), anticoagulantes (13%) y efalizumab (8%). En un 29% (7/24) de las notificaciones existía interacción farmacológica, en un 42% (10/24) existía más de un fármaco sospechoso, sólo en un 4% (1/24) había existido reexposición a un fármaco similar, Un 38% (9/24) de las RAM requirió tratamiento médico y en un 13% (3/24) de los casos se consideró que existían factores contribuyentes, como insuficiencia renal y la edad avanzada.

CONCLUSIONES

A pesar de corto periodo de tiempo analizado, el programa ha tenido comportamiento muy positivo tanto cuantitativamente como cualitativamente (proporción de RAM graves, detección de nuevo problema de seguridad -empeoramiento paradójico de psoriasis por efalizumab-) Destacar la elevada proporción de interacciones, RAM con más de un fármaco sospechoso, presencia de factores contribuyentes, debido al perfil de los pacientes ingresados en UCAMI, habitualmente enfermos pluripatológicos y de edad avanzada.

Enfermedades Infecciosas (A)

A-01 INFECCIÓN VIH EN EL ALGARVE. CASUÍSTICA DE INGRESOS EN EL HOSPITAL DE FARO (PORTUGAL)

A. Mingo Alemany, R. Muñoz Romero, A. Fidalgo, K. Granatín, L. Almeida, P. Proença, I. Mendonça
Servicio de Medicina Interna II. Hospital Distrital de Faro (Portugal).

OBJETIVOS

Introducción: Portugal es uno de los países europeos con mayor prevalencia de infección VIH. Según datos del Centro de vigilancia epidemiológica de enfermedades transmisibles portugués, la incidencia de la infección VIH continua a aumentar la región del Algarve. Se puede constatar, en los últimos años, un aumento del número de casos en inmigrantes de primera e segunda generación y en personas de la tercera edad. El presente estudio intenta caracterizar el impacto de la infección VIH en el medio donde trabajamos. Objetivo: Estudio retrospectivo basado en la revisión de procesos clínicos que pretende caracterizar los ingresos de personas con infección VIH en el Servicio de Medicina II del Hospital de Faro (HDF) entre Enero de 2005 y Diciembre de 2006.

MATERIAL Y MÉTODOS

Caracterización de los ingresos de enfermos con infección VIH en Medicina II HDF entre Enero 2005 y Diciembre 2006 teniendo en consideración los siguientes parámetros: sexo, edad, factores de riesgo, coinfección VIH-VHC y VIH1-VIH2, motivo de ingreso y re-ingreso, caracterización de los enfermos con diagnóstico "de novo", estado inmunitario en el momento del ingreso y carga viral, proporción de enfermos con condiciones clínicas definidoras de SIDA, evolución clínica, seguimiento en consulta y adherencia al tratamiento antirretroviral.

RESULTADOS

Se estudian un total de 47 enfermos con infección VIH, 66% del sexo masculino y 34% del sexo femenino, con edades comprendidas entre 19-68 años (media 40 años), el 10% con edad superior a 60 años. El factor de riesgo de transmisión mas prevalente en este grupo es la toxicoddependencia, el 30% de los casos corresponde a co-infecciones VIH-VHC. Existe un 6% de casos con coinfección VIH1-VIH2. El motivo de ingreso por orden de frecuencia es: tuberculosis en sus diversas formas (17%), neumocistosis (7%), toxoplasmosis (7%), sepsis (7%), nefropatía (6%), descompensación hepática (6%). El reingreso es frecuente y se verifica en el 47% de los casos, la duración media del ingreso aumenta de 18 días para 34 días teniendo en consideración el reingreso hospitalar. Durante la permanencia en Medicina fueron diagnosticados 28% de los casos de los cuales 30% corresponden a inmigrantes, 53% presentaban condiciones clínicas definidoras de SIDA. Se analiza el estado inmunológico de los pacientes en el momento del ingreso. La adhesión al tratamiento antirretroviral se evalúa en función del control de la infección VIH y la asiduidad a las consultas.

CONCLUSIONES

La proporción de enfermos con infección VIH ya conocida que fueron hospitalizados corresponde al 8% de los enfermos seguidos en consulta por el equipo médico. En apenas el 15% de casos la infección VIH se encuentra controlada en el momento de ingreso. La tasa de re-ingreso es elevada así como el tiempo medio de estancia hospitalar. En el 28% de casos la infección VIH se diagnostica durante el ingreso, el 50% se presentan en un estadio avanzado.

A-02 EVIDENCIA DE TRANSMISIÓN INTRAFAMILIAR DE PNEUMOCYSTIS JIROVECII

L. Rivero Rivero, M. Montes Cano, C. De la Horra Padilla, N. Respaldiza Salas, V. Friaza Patiño, F. Muñoz Lobato, R. Morillas, F. Medrano Ortega

Servicio de Medicina Interna UCAMI. CIBER de Epidemiología y Salud Pública. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.

OBJETIVOS

Pneumocystis jirovecii es un patógeno oportunista causante de neumonía en pacientes inmunodeprimidos, inicialmente descrita como una neumonía intersticial que afectaba a niños prematuros y malnutridos. Se ha descrito la colonización por *Pneumocystis* en pacientes inmunocompetentes con patología pulmonar crónica, especulándose que podrían tener un papel en la transmisión de la enfermedad a pacientes susceptibles. Además han sido publicadas series de casos de neumonía por *P. jirovecii* en pacientes inmunodeprimidos en los que se sugiere una transmisión interpersonal. El objetivo de nuestro estudio fue determinar si la neumonía por *Pneumocystis* de nuestro caso pudo ser adquirida en el entorno familiar.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se obtuvieron muestras de enjuagues orofaríngeos del entorno familiar de un caso índice, una niña de 6 meses con malnutrición severa y neumonía por *Pneumocystis jirovecii*, la madre, el padre, el hermano y la abuela y el abuelo maternos, estos últimos con una historia previa de artritis reumatoide y EPOC respectivamente. Ninguno de ellos tenía clínica en el momento del estudio. Métodos: Se aisló el ADN de las muestras respiratorias mediante kit comercial. Se determinó la presencia del patógeno y el genotipo mitocondrial mediante PCR-nested y posterior secuenciación directa en las posiciones 85 y 248 del gen mt LSU rRNA.

RESULTADOS

Resultados: El gen mt LSU rRNA de *P. Jirovecii* se aisló en 3 casos: la niña y los abuelos. En todos ellos se identificó el mismo polimorfismo 85C/248C (genotipo 1), además en muestras del abuelo se secuenció el genotipo 3 (85T/248C).

CONCLUSIONES

Conclusión: Nuestro estudio mostró la posible transmisión de la infección por *Pneumocystis jirovecii* desde los abuelos colonizados por el patógeno a su nieta susceptible. Este estudio ha sido parcialmente financiado por el Ministerio de Sanidad, Fondo de Investigaciones sanitarias, FIS EUROPEO Ref 03/1743.



A-03 ¿ES ADECUADO EL TRATAMIENTO ANTIMICROBIANO EMPÍRICO EN LAS BACTERIEMIAS DETECTADAS EN NUESTRO HOSPITAL?

P. Retamar Gentil¹, M. Rey Rodríguez¹, A. Valiente¹, J. Reveriego Blanes¹, M. Portillo², J. Rodríguez Baño², M. De Cueto³, M. Aguayo Canela¹

¹Servicio de Medicina Interna A, ²Unidad de Gestión Clínica de Enfermedades Infecciosas, ³Servicio de Microbiología. Hospital Virgen Macarena. Sevilla.

OBJETIVOS

Describir la adecuación del tratamiento empírico antimicrobiano en episodios de bacteriemias en función del patrón de resistencias para cada microorganismo detectado. Describir factores asociados a dicha adecuación, así como la mortalidad entre los casos recogidos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se incluyen todos los episodios de bacteriemia en pacientes de 14 años o más, confirmados microbiológicamente y con presencia de datos clínicos de sepsis en el momento del diagnóstico, de octubre a diciembre de 2006 en el HUV. Macarena de Sevilla. El tratamiento empírico se considerará adecuado si incluye al menos un antimicrobiano activo administrado a dosis estándar durante las primeras 24 horas desde la toma de hemocultivos. La identificación y estudio de sensibilidad se realizará mediante el sistema automatizado VITEK. De cada registro se han analizado descriptivamente múltiples variables demográficas (edad, género), clínicas (diagnósticos, procedimientos), sanitarias (tipo de ingreso y alta, estancia, servicio médico, etc.) y pronósticas (mortalidad a los 14 y 30 días).

RESULTADOS

De los 109 casos recogidos el tratamiento resultó adecuado en el 82,6% de los casos. En relación a los servicios en los que eran recogidos los hemocultivos, la adecuación de el tratamiento empírico en los servicios médicos fue de 84,8% y de un 66,7% en los servicios quirúrgicos. La adecuación fue similar para todos los orígenes, destacando una mayor inadecuación en el caso de bacteriemias urinarias (23%) y por catéter (33%). En relación a la gravedad clínica del cuadro, entre los pacientes que presentaban criterios de sepsis, el 20% presentó un tratamiento empírico inadecuado frente al 5% de inadecuación en los pacientes que no los presentaban. En relación al consumo previo de antibióticos el tratamiento empírico fue adecuado en un 87,5% en aquellos que no habían consumido antibióticos en los tres meses previos frente a un 80% de los casos que si lo habían consumido. En relación al tipo de adquisición, el tratamiento empírico fue significativamente menos adecuado en lo pacientes con bacteriemia nosocomial (75%) frente a los pacientes con bacteriemias comunitarias (94,4%) $p: 0,16$ con un RR 0,17. No observamos relación significativa entre la mortalidad y la adecuación del tratamiento, solo un 20% de los éxitos en los primeros 14 días presentaron un tratamiento empírico inadecuado.

DISCUSIÓN

En nuestros resultados se establece una asociación entre la inadecuación del tratamiento y el origen nosocomial de la bacteriemia, hecho que esté en probable relación con las resistencias desarrolladas por los microorganismos hospitalarios a los antimicrobianos habituales. Por otra parte existen indicios de que el consumo previo de antibióticos pudiera favorecer la inadecuación del tratamiento, hecho relacionado por la presión ambiental ejercida por el consumo abusivo de antimicrobiano, que favorece la aparición de nueva resistencias. También se observa frecuencias mayores de inadecuación en los pacientes con cuadros clínicos más graves, lo que nos debería plantear la utilización de tratamientos de mayor espectro en estos casos. Sorprende la no relación entre la inadecuación del tratamiento y la frecuencia de éxitos, lo que nos hace pensar que haya otros factores diferentes de la sensibilidad antimicrobiana que favorezcan el fracaso terapéutico.

CONCLUSIONES

El origen de la bacteriemia, el consumo previo de antibióticos y la gravedad clínica del cuadro parecen estar en relación con la inadecuación del tratamiento antimicrobiano. No parece haber relación entre la inadecuación del tratamiento y la mortalidad. Sería necesario plantear estudios más amplios para realizar estudios multivariantes, así como establecer nuevas hipótesis que expliquen lo factores asociados con la mortalidad por bacteriemias en nuestro medio a pesar de un tratamiento antimicrobiano adecuado.

A-04 ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA E INFECCIÓN POR HELICOBACTER PYLORI

N. Respaldiza¹, L. Rivero², M. Sánchez Agüera³, V. Friaza², R. Morilla², F. Muñoz Lobato¹, M. Montes Cano¹, C. De la Horra¹

¹CIBER de Epidemiología y Salud Pública, ²Servicio de Medicina Interna, ³Servicio de Microbiología. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.

OBJETIVOS

La infección por *Helicobacter pylori* juega un importante papel en diferentes enfermedades gástricas. Algunos estudios epidemiológicos han mostrado una asociación entre diversas patologías extra-gastrointestinales, como la enfermedad coronaria, la rosácea o las enfermedades pulmonares crónicas con la infección por *H. pylori*, aunque se desconoce su significado. En nuestro medio no existe información sobre la tasa de infección por *H. pylori* en enfermedades extra-gastrointestinales. El objetivo de nuestro estudio fue obtener información sobre la seroprevalencia en nuestro medio de la infección por *H. pylori* en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y su relación.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se incluyeron 37 pacientes con EPOC y 46 controles (población general) de los que se obtuvieron muestras séricas para evaluar la presencia de anticuerpos IgG anti-*Helicobacter pylori*, así como información clínica y epidemiológica. Los sueros fueron analizados mediante un ELISA comercial (Enzygnost Anti-*Helicobacter pylori* II/IgG; Dade Behring. Marburg, Germany) siguiendo las instrucciones del fabricante.

RESULTADOS

En 29 de los 37 pacientes con EPOC (78,4%) se demostró la presencia de anticuerpos frente a *H. pylori* y en 28 de los 46 controles (61%), sin diferencias significativas entre ambas tasas ($p=0,14$). Por otra parte, en los pacientes con EPOC no existieron diferencias en la tasa de anticuerpos frente a *H. Pylori* en relación con la edad, el sexo, el consumo de tabaco o parámetros respiratorios funcionales (FEV-1%).

CONCLUSIONES

Existe una alta tasa de exposición a la infección por *H. Pylori* en pacientes con EPOC de nuestro medio, pero similar a la de la población general. Este hecho, junto a que no existen diferencias en la tasa de anticuerpos frente a este microorganismo relacionadas con las características clínicas de los pacientes con EPOC sugieren que no existe relación entre la EPOC y la infección por *H. Pylori*.



A-05 ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LAS BACTERIEMIAS POR E. COLI PRODUCTOR DE BETALACTAMASAS DE ESPECTRO EXTENDIDO (BLEE) EN PACIENTES HOSPITALIZADOS

J. Molina Gil-Bermejo¹, M. Aguilar-Guisado¹, V. González Galán², J. Haro¹, N. Espinosa¹, T. Prados², J. Cisneros¹

¹Unidad Clínica de Enfermedades Infecciosas, ²Servicio de Microbiología. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.

OBJETIVOS

El objetivo de este estudio es describir las características clínicas, pronósticas y el tratamiento de las bacteriemias por E. coli BLEE en pacientes hospitalizados.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo de todas las bacteriemias consecutivas por E. coli BLEE desde enero de 2005 a diciembre de 2006. Seguimiento: día + 30 postbacteriemia. Análisis uni y multivariado de factores pronósticos y relación con el tratamiento empírico: cefalosporinas versus betalactámicos con inhibidores de betalactamasas (BIBL).

RESULTADOS

Se incluyeron 44 bacteriemias en 41 pacientes (47,7% mujeres, mediana de edad 61 años (21-92)). La mayoría de los episodios ocurrieron en las áreas de Urgencias (26,2%), UCI (19%) y Hematología (16,7%). La mayoría de los episodios fueron nosocomiales (61,4%) o relacionados con la asistencia sanitaria (25%). El 81,8% (n=36) presentaban factores de riesgo conocidos de infección por E. coli BLEE, el resto (n=8) fueron pacientes con cáncer (n=5), sonda vesical (n=1), o ningún factor (n=2). El origen de la bacteriemia fue con mayor frecuencia urinario (29,5%), abdominal (27,3%), y primario (27,3%) cursando con sepsis grave/shock séptico en el 20,5%. Recibieron tratamiento antimicrobiano empírico (TAE) todos los pacientes, la mayoría (52,3%) con BIBL, seguidos de cefalosporinas (34,1%), con una demora mediana de 0 horas (0-72). El TAE inicial se consideró apropiado en el 59,1% de los casos. La mortalidad a los 14 días de la bacteriemia fue del 18,2%. El 21,7% de los pacientes que recibieron BIBL fallecieron a los 14 días frente al 6,7% de los que recibieron cefalosporinas ($p=NS$). Seleccionando a los pacientes sin criterios de gravedad, la mortalidad fue de 5,9% y 6,7% respectivamente. Los pacientes que presentaron sepsis grave/shock séptico tuvieron una mortalidad del 66,7% y todos recibieron BIBL. En el análisis univariado, los factores pronóstico fueron la adquisición comunitaria (RR 5,3;IC95%:1,4-20,4), la gravedad (índice de Pitt, $p<0,01$) y el fracaso renal agudo (RR 4,8;IC 95%:1,1-21,4). En el multivariado, la gravedad (RR 2,8;IC95%:1,3-5,9) y la adquisición comunitaria (RR 51,7;IC 95%:1,9-1397). No hubo diferencias en mortalidad en función de si el TAE fue apropiado o no. Ningún paciente recibió un carbapenem como TAE.

CONCLUSIONES

La adquisición de la bacteriemia por E. coli BLEE es fundamentalmente nosocomial o relacionada con la asistencia sanitaria. La mayoría de los pacientes presentan factores de riesgo conocidos para infección por E. coli BLEE. Los factores pronósticos independientes son la gravedad y la adquisición comunitaria de la bacteriemia. La mortalidad es alta en los casos graves a pesar del TAE apropiado con BIBL.

A-06 COLONIZACIÓN POR PNEUMOCYSTIS JIROVECII EN JÓVENES CON INFECCIÓN VIH

R. Morilla¹, J. León Leal², L. Rivero¹, V. Friaza¹, N. Respaldiza³, M. Tous¹, M. Montes Cano³, C. De la Horra³

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Pediatría, ³CIBER de Epidemiología y Salud Pública. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.

OBJETIVOS

Aunque la incidencia de la neumonía por *Pneumocystis* (PcP) ha disminuido en los pacientes con SIDA en los países desarrollados con el empleo de quimioprofilaxis específica y sobre todo con el uso de la terapia antirretroviral altamente activa, la PcP continua siendo una causa importante de morbilidad y mortalidad. La utilización de técnicas moleculares de diagnóstico ha permitido demostrar la existencia de portadores de *Pneumocystis* tanto en sujetos inmunodeprimidos como en inmunocompetentes. La presencia de esta colonización en sujetos con infección VIH constituye una situación de riesgo para el desarrollo de PcP. En nuestro medio no existe información sobre la frecuencia de esta situación. El objetivo de este estudio fue conocer la frecuencia de colonización por *P. jirovecii* en sujetos jóvenes con infección VIH y los posibles factores favorecedores de la misma.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se estudiaron 20 sujetos pertenecientes a una cohorte de sujetos con infección VIH seguidos desde su niñez de los que se disponía de datos clínicos y situación viral e inmunológica. En todos los casos se obtuvo en una de las visitas de seguimiento muestras de esputo y/o lavado orofaríngeo para determinar la presencia de *P. jirovecii* mediante amplificaron de dos locus independientes de su genoma: el gen de la región mitocondrial (mtLSU rRNA) y el gen que codifica la síntesis de la enzima DHPS cuyas mutaciones están relacionadas con la resistencia a sulfamidas. Dichas mutaciones fueron identificadas mediante el análisis de polimorfismos de restricción utilizando los cebadores DHPS-3 y DHPS-4 para amplificar un fragmento del gen de la DHPS.

RESULTADOS

De los 20 sujetos estudiados, con una edad media de 13,7 años, 11 eran varones. Existía un antecedente de PcP en un 10% de los casos y 8 de los 20 sujetos (40%) estaban colonizados por *P. jirovecii*. En ninguno de los casos se identificaron cepas con mutaciones en el gen de la DHPS. La presencia o no de colonización no estuvo relacionada con los niveles de CD4 y CD8, ni con la carga viral.

CONCLUSIONES

Existe una alta tasa de colonización por *P. jirovecii* en sujetos jóvenes infectados por el VIH lo que supone un alto riesgo potencial de sufrir una PcP, sobre todo en caso de cepas con mutaciones vinculadas a resistencia al cotrimoxazol o acentuarse la inmunodepresión de los pacientes. Proyecto financiado con la ayuda del FIS 03/1743



A-07 EVALUACIÓN DE UNA ESTRATEGIA PARA EL CONTROL DE LA TUBERCULOSIS EN EL DISTRITO ALJARAFE

A. Mata¹, A. Luna², J. Delgado¹, R. Espinosa¹, B. Romero³, C. Rodríguez Matute³, A. Fernández Moyano¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Neumología. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos (Sevilla).

²Epidemiología. Distrito Sanitario Aljarafe (Sevilla).

OBJETIVOS

Evaluar una estrategia puesta en marcha en la comarca sevillana del Aljarafe, con la colaboración conjunta entre Atención Primaria y Atención Especializada para el mejor control de los pacientes con tuberculosis. Estrategia que se propone como objetivos: 1.- Conseguir que al menos un 85% de los pacientes finalicen tratamiento 2.- Conseguir realizar estudio de convivientes al menos al 75% de los casos. 3.- Implicación de los Trabajadores Sociales en el seguimiento de los pacientes y convivientes.

MATERIAL Y MÉTODOS

La estrategia llevada cabo consistió en: 1.- Realizar actividades formativas e informativas a los profesionales sanitarios de Atención Primaria sobre múltiples aspectos de la enfermedad tuberculosa. 2.- Establecimiento de vías de comunicación estables entre Atención Primaria, Servicio de Epidemiología del Distrito y Atención especializada. 3.- Implicación de los Trabajadores Sociales en el seguimiento de enfermos y convivientes. Posteriormente se realizó un seguimiento de los casos notificados al Servicio de Epidemiología del Distrito Ajarafe durante los años 2004, 2005 y de Enero a Noviembre 2006.

RESULTADOS

En 2004 se declararon 44 casos de tuberculosis, 46 en 2005 y 51 en 2006; lo que representa una tasa promedio anual de 14,6 casos por 100.000 habitantes. Los pacientes tuberculosos estudiados presentaban: una mediana de edad de 37 años; las formas iniciales representaban el 88%, mientras que la recidivas supusieron el 12% restante; la microscopía se establece como método diagnóstico más usual, en el 66% de los casos, seguido del cultivo en un 16%; aproximadamente la mitad de los pacientes no presentaban factor de riesgo conocido de infección, mientras que un 12% habían tenido contacto directo con un paciente tuberculoso, un 11,5% tenían infección por el VIH, un 9% eran alcohólicos y otro 9% eran usuarios de drogas por vía parenteral o inhalada. De los pacientes diagnosticados en 2004 finalizaron tratamiento el 93% de los mismos y se les realizó estudio de convivientes a este mismo porcentaje. En cuanto a los diagnosticados en 2005, las finalizaciones de tratamiento alcanzaron el 89% de los pacientes, y se les realizó estudio de convivientes al 96% de éstos. La demora diagnóstica fue superior a 60 días en el 25% de los casos notificados en 2004, del 35% en el 2005 y del 39% para los diagnosticados en 2006.

DISCUSIÓN

Las características epidemiológicas de los casos no difieren de los datos que presenta la Dirección General de Salud Pública para el conjunto de la Comunidad Autónoma. Igualmente la incidencia anual tampoco registra diferencias de interés. (Distrito Aljarafe 15:100.000, Andalucía 16:100.0000). Las medidas adoptadas han permitido que en nuestro medio las finalizaciones de tratamiento sean del 93% y 89% para los enfermos diagnosticados en 2004 y 2005 respectivamente. Para el conjunto de Andalucía, las cifras de finalización alcanzadas fueron del 42% para el 2004 y del 34,7% para el 2005. Aunque carecemos de datos de cobertura de pacientes con estudio de convivientes a nivel autonómico, consideramos importante el esfuerzo de los Trabajadores sociales del distrito, al conseguir la información censal de los casos, así como al intervenir en los focos en el 93 y 96% de los casos diagnosticados (2004 y 2005 respectivamente). En cuanto a los datos de demora asistencial, aunque posiblemente se vean influidos por la mejora en las notificaciones, refleja problemas aún no resueltos y que deben ser analizados.

CONCLUSIONES

La colaboración interniveles en los casos de Tuberculosis, supone una mejora en el control de la enfermedad, consiguiendo un alto porcentaje de finalización de tratamientos, así como de estudios de convivientes realizados. -La implicación de los Trabajadores Sociales del área, y su labor en el ámbito extrahospitalario, constituyen un elemento fundamental para la consecución de los objetivos alcanzados.

A-08 ¿ES IGUAL LA INFECCIÓN POR EL VIH EN LOS PACIENTES DE EDAD AVANZADA QUE LA DEL RESTO DE LA POBLACIÓN?

M. Raffo Márquez, I. Suárez Lozano, J. Fajardo Picó, A. Menchero Aranda, A. Cabrera Núñez, R. Moyo Muñoz

Servicio de Medicina Interna. Unidad de Medicina Interna - Infecciosos. ASOMEI. Hospital Infanta Elena (Huelva).

OBJETIVOS

Aunque infección por el VIH-1 se caracterizó en sus inicios por la afección predominante de sujetos jóvenes, con el transcurso del tiempo la epidemia ha afectado a todos a todos los grupos etarios. La principal información sobre las características de la infección por el VIH1 en personas de edad avanzada (PEA) procede de los registros de casos declarados de SIDA o de series en las que se ha considerado como PEA a los mayores de 50 años. El objetivo de este trabajo es describir las características clínicas y epidemiológicas de la infección VIH en las personas mayores de 60 años en una cohorte de un hospital comarcal.

MATERIAL Y MÉTODOS

Ámbito del estudio: Hospital General Básico de 350 camas que cubre la con un área de referencia de 130000 habitantes. Periodo de estudio: enero 1997-diciembre 2006. Se compararon los datos de las PEA con los de los menores de 60 años. Para las variables cuantitativas se usarán como estadísticos descriptivos la media y su desviación estándar o la mediana y rango intercuartil según la distribución de valores sea normal o no. Las variables cualitativas se describirán mediante proporciones. Para la comparación de variables discretas se usará la prueba de Chi cuadrado o la prueba exacta de Fisher según corresponda. Para las variables cuantitativas se utilizará la prueba de la t de Student o la prueba U de Mann Withney según la distribución.

RESULTADOS

Se incluyó un total de 10 PEA y 994 menores de 60 años. Las relaciones sexuales no protegidas fue la vía de transmisión en los sujetos de EA (heterosexuales 80%, homosexuales 20% vs.%, 3%, $p < 0,000$). A diferencia del resto de la cohorte el 80% no había cursado ningún tipo de estudios o era analfabeto, sin que existieran diferencias significativas en el resto de la variables sociodemográficas. En el momento del diagnóstico el 40% de las PEA tenían menos de 200 CD4 y el diagnóstico de infección VIH y SIDA fue simultáneo en el 20%, frente a un 25% y 6% respectivamente ($p < 0,1$). El 30% de las PEA falleció con una mediana de tiempo hasta el éxitus de 3, 31 años.

CONCLUSIONES

En las personas de edad avanzada la infección por el VIH se adquiere predominantemente a través de relaciones sexuales. En el 40% de los casos el diagnóstico se realiza en una fase avanzada de la enfermedad y es simultáneo al del SIDA en el 20%, lo que sugiere que existe un bajo nivel de sospecha diagnóstica de la enfermedad en este colectivo de pacientes. La infección por el VIH tiene una mortalidad elevada en las PEA.



A-09 INFLUENCIA DEL HÁBITO TABÁQUICO EN LA COLONIZACIÓN POR PNEUMOCYSTIS JIROVECI EN PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA

M. Montes Cano¹, L. Rivero², C. De la Horra¹, V. Friaza¹, N. Respaldiza¹, R. Morilla², F. Medrano², E. Calderón²

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

OBJETIVOS

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) se caracteriza por una limitación permanente del flujo aéreo debida a la inflamación crónica de la pared bronquial. Actualmente, se conoce la existencia de colonización por *Pneumocystis jirovecii* en pacientes con EPOC, constituyendo un reservorio y fuente de transmisión. Estudios realizados en sujetos con infección por VIH han puesto de manifiesto que el hábito tabáquico es un factor de riesgo para el desarrollo de neumonía por *Pneumocystis* (PCP). Por otro lado, en un modelo murino de infección por *Pneumocystis* se ha comprobado que la nicotina disminuye la tasa de infección/colonización por este microorganismo. Este hecho puede ser explicado porque la nicotina reduce los niveles de s-adenosil-metionina (AdoMet), que es un nutriente clave en el metabolismo de *Pneumocystis*. Sin embargo, el papel que el tabaquismo pueda desempeñar en la colonización por *Pneumocystis* en el hombre es desconocido. El objetivo de nuestro estudio fue evaluar la relación entre consumo de tabaco y colonización por *Pneumocystis* en pacientes con EPOC.

MATERIAL Y MÉTODOS

De un amplio estudio de prevalencia de colonización por *Pneumocystis* en pacientes con enfermedades pulmonares crónicas, se seleccionaron aquellos que cumplían los criterios de la guía GOLD para EPOC y de los que se disponía de información sobre su hábito tabáquico. En total se incluyeron 238 sujetos en los que la presencia de colonización se estudio mediante una nested-PCR específica para la región mitocondrial (mtLSU rRNA) de *P. jirovecii* en muestras de esputo.

RESULTADOS

Un 15,5% de los sujetos (37/238) estaban colonizados por *P. jirovecii* y 180 de los 238 eran fumadores en activo. De los sujetos fumadores, 34 (18,8%) estaban colonizados frente a 3 de los 58 no fumadores (5,1%), $p=0,02$. Para evaluar el posible papel de otros factores favoreciendo la colonización se realizó un análisis multivariante donde se incluyeron el sexo, la edad, el tabaquismo, el uso de corticoides, los niveles de linfocitos en sangre, la presencia de enfisema y el FEV 1%. De todos ellos sólo el consumo activo de tabaco se mostró como un factor de riesgo independiente para la colonización por *Pneumocystis* en pacientes con EPOC (OR de 3,6; IC95%: 1,07-12,6).

CONCLUSIONES

El hábito tabáquico constituye un factor de riesgo para la colonización por *Pneumocystis jirovecii* en sujetos con EPOC. El tabaco produce una disfunción del aclaramiento ciliar que podría constituir el mecanismo por el que el hábito tabáquico facilita la colonización por *P. jirovecii*. Proyecto financiado por la Consejería de Salud de Andalucía Núm. Expte.:169/2006.

A-10 GRADO DE CONOCIMIENTO DE LA GUÍA DE AISLAMIENTO EN UN HOSPITAL

J. Montes Romero, G. Gómiz Rodríguez, M. Martínez Cortés, V. Rodríguez Martínez, F. Gamir Ruiz, L. Díez García, M. Gálvez Contreras

Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Torrecárdenas. Almería.

OBJETIVOS

La difusión y aplicación de la Guía de Aislamiento aprobada por la Comisión de Infecciosas es fundamental para evitar de un modo eficaz la transmisión de microorganismos entre pacientes y personal del centro. El objetivo de nuestro estudio es analizar el grado de conocimiento de las medidas de aislamiento recomendadas por la Guía de Aislamiento, entre residentes de distintas especialidades médicas y facultativos adjuntos de medicina interna.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se confeccionó un cuestionario que incluía tres casos clínicos. El primer caso correspondía a un paciente con infección VIH, al que era preciso realizar la práctica de una punción lumbar y posteriormente ingresarlo. El segundo correspondía a un sujeto con alta sospecha de tuberculosis, para valorar las medidas de aislamiento respiratorio. El tercero correspondía al aislamiento de un *Staphilococo* meticilin resistente, con las consiguientes necesidades de aislamiento de contacto. El cuestionario fue pasado por los investigadores a residentes y adjuntos de Medicina Interna de nuestro Hospital, siendo contestado in situ. Se analizaron los datos de modo descriptivo con apoyo del paquete estadístico para Windows SPSS 12.0.

RESULTADOS

El cuestionario fue contestado por 34 facultativos, 27 de ellos residentes. El 59% (16) de los residentes eran de primer año. Casi la mitad (13) eran de Medicina Familiar y Comunitaria. El 78% (21) de los residentes ya habían realizado su período de rotación por Medicina Interna. El promedio de respuestas correctas entre las 25 preguntas del cuestionario fue de $17,06 \pm 2,98$, no hubo diferencias con respecto al grupo de adjuntos encuestados, que habían obtenido de igual modo un promedio de $17 \pm 3,8$ preguntas acertadas. La máxima puntuación obtenida fue de 23 preguntas correctas, tratándose de un residente. El 25% de los encuestados habían contestado correctamente al menos a 20 de las 25 preguntas del cuestionario. Las preguntas que menos encuestados contestaron adecuadamente fueron la de la indicación de habitación individual en el primer caso, en la que sólo 10 (29,4%) encuestados, estaban de acuerdo en no solicitar una habitación individual para el paciente; el mismo número de encuestados estuvo de acuerdo en que el paciente del caso 2 no necesitaba mascarilla en su habitación; 13 (38,2%) encuestados estuvieron de acuerdo en no indicar mascarilla en la habitación al paciente del primer caso y los mismos en recomendar una mascarilla especial para el personal en el segundo caso. En el otro extremo las cuestiones con mayor número de respuestas correctas fueron la indicación de lavado de manos y guantes para la práctica de punción lumbar (34, 100%), la indicación de habitación individual al paciente del 2º caso (32, 94,1%), en no usar protección ocular al visitar al paciente del 3º caso (31, 91,2%) y usar guantes desechables en el mismo caso (30, 88,2%). El caso que conllevó más errores en las medidas de aislamiento fue el 1º, con un promedio de 4,1 aciertos de los 7 posibles, y el que menos el 3º con 5,3 aciertos promedio. En caso de respuesta errónea, ésta conllevaba un exceso de precaución en mayor número de ocasiones, 4,4 errores por 3,6 errores por deficiencia en las medidas.

CONCLUSIONES

A pesar de existir un documento de consenso acerca de las medidas de aislamiento y protección respecto a las enfermedades infecciosas en nuestro centro, se observa una gran variabilidad en las actuaciones que llevarían a cabo tanto residentes como adjuntos. Se hace necesario una mayor difusión de la Guía para que las medidas que recomienda sean lo más efectivas posible.

A-11 RESISTENCIA PRIMARIA A ISONIACIDA EN LA PROVINCIA DE ALMERÍA

F. Díez¹, M. Martínez², D. García de Viedma³, M. Sánchez⁴, P. Barroso⁵, A. Lazo¹, W. Sánchez-Yebra², T. Cabezas⁶

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Microbiología. Complejo Hospitalario Torrecárdenas. Almería.

³Servicio de Microbiología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

⁴Atención Primaria. Distrito de Poniente (Almería).

⁵Distrito de Levante. Hospital La Inmaculada. Huércal-Overa (Almería).

⁶Biología. Hospital de Poniente. El Ejido (Almería).

OBJETIVOS

La Tasa de Resistencia (R) Primaria a isoniácida (H) se usa como indicador para iniciar el tratamiento empírico de la Tuberculosis (TB) con 3 ó 4 fármacos. En España esta tasa es inferior al 4% por lo que se recomienda comenzar habitualmente con tres fármacos. Con la inmigración llegan a nuestro país pacientes procedentes de países con alta prevalencia de TB y con tasas de resistencia primaria a H elevadas. Objetivo: Estudiar la tasa de resistencia primaria de C.M. tuberculosis (CMT) en la provincia de Almería y caracterizar dicha resistencia en función de la procedencia de los pacientes.

MATERIAL Y MÉTODOS

Análisis de la cohorte de 374 pacientes con aislamiento microbiológico de CMT del grupo Indal-TB, que incluye todas las cepas aisladas en Almería desde el año 2.003 a septiembre-06. El antibiograma se realizó por el Sistema MB/Bac ALERT 3D; el análisis genotípico por RFLP-IS6110 y el análisis estadístico con el programa SPSS v12.0.

RESULTADOS

Se realizó estudio de resistencias en el 93% de los 374 aislamientos microbiológicos de otros tantos pacientes. El 71% eran varones y la edad fue de 39±19 años. El 51% de las cepas (179 casos) correspondieron a pacientes inmigrantes que procedían de África-Magreb (83,5%), Europa del Este (37,2%), África Subsahariana (32,2%), Iberoamérica (25,1%) y Asia (2,1%). Se demostró R primaria a H en 26 casos (8,1%); de ellos 20 tenían monoresistencia y 6 multiresistencia. La R primaria a H en pacientes autóctonos fue del 6,7% en pacientes autóctonos y del 9,7% en inmigrantes. En función de su procedencia, se detectó R primaria a H en el 16% (5/31) de los pacientes de Europa del Este, en el 12% (3/22) en pacientes de Iberoamérica, en el 9,4% (3/29) de los pacientes del África Subsahariana y en el 8% (6/76) de los pacientes del Magreb ($p=0,52$).

CONCLUSIONES

La resistencia primaria a isoniácida en aislamientos de M. tuberculosis en la provincia de Almería es superior a la conocida en España, tanto en pacientes autóctonos como en inmigrantes. En inmigrantes, la tasa de R detectada es similar a la de los países de origen y es especialmente elevada en pacientes de Europa del Este (Rusia, Rumanía) y de Iberoamérica (Ecuador). Estos resultados apoyan con fuerza la recomendación de iniciar el tratamiento empírico de la TB en nuestro medio con 4 drogas. Agradecimientos: Grupo INDAL-TB. FIS (exp. PI 03-0986 y PI 03-0654), Junta de Andalucía (exp. 248-03 y151/05) Fundación Progreso y Salud (exp. 14033).

A-12 INFLUENCIA DE LA DIABETES MELLITUS EN LA INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO ALTA COMPLICADA

A. Villalobos Sánchez¹, N. Macías Vega¹, L. Valiente de Santis¹, I. Portales Fernández¹, D. López Carmona¹, G. Uribarri Sánchez¹, I. Marco Galve², G. Ricardo¹

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

OBJETIVOS

Describir las características epidemiológicas, clínicas y evolutivas de los pacientes diabéticos con infección del tracto urinario (ITU) alta complicada incluidos en una serie de 634 pacientes y analizar las posibles diferencias entre ambos grupos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo y retrospectivo de una serie de pacientes diagnosticados de ITU alta complicada entre enero de 1996 y diciembre del 2004. Se seleccionaron los pacientes diabéticos, comparándose sus características epidemiológicas, clínicas y evolutivas con el resto de pacientes no diabéticos. Todos los pacientes cumplían criterios de la IDSA de ITU alta complicada y requirieron ingreso hospitalario.

RESULTADOS

De los 634 pacientes, 192 (30,3%) eran diabéticos. La edad media de dichos pacientes fue de 66 + 12 años (rango: 19-89) y 145 (75,5%) eran del sexo femenino. Presentaron una enfermedad subyacente y/o factor predisponente loco-regional el 57% de los pacientes. Solo el 2% eran portadores de sonda permanente y habían sido instrumentados en los 15 días previos el 4% de los pacientes. En el 75% de los pacientes diabéticos se trataba del primer episodio, siendo la fiebre (88%), los escalofríos (79%) y el dolor lumbar (75,5%) los síntomas clínicos más destacados. El 50% de los pacientes diabéticos presentaron un hemocultivo (+) frente al 37,5% de los no diabéticos ($p=0,008$). En el caso del urocultivo 63% vs. 59% la diferencia no resultó significativa ($p>0,05$). Desde el punto de vista microbiológico, E. coli fue el germen más prevalente tanto en pacientes diabéticos como no diabéticos (78% vs. 78%). De todas las complicaciones solamente la insuficiencia renal aguda fue más frecuente en los pacientes diabéticos con diferencia significativa ($p<0,05$). La mortalidad de los pacientes diabéticos fue del 4,7% (9 pacientes), lo cual no resultó significativa con respecto al resto de la serie.

CONCLUSIONES

1. Fiebre, escalofríos y dolor lumbar constituyen la tríada clínica más frecuente en pacientes diabéticos.
2. Existe mayor rendimiento de hemocultivo en el paciente diabético.
3. La insuficiencia renal aguda aparece como la complicación más frecuente en el paciente diabético.
4. La mortalidad no es superior en los pacientes diabéticos.



A-13 PLURIPATOLOGÍA Y SEPSIS

P. Retamar Gentil¹, J. Reveriego Blanes¹, A. Valiente¹, M. Rey Rodríguez¹, M. Portillo², M. Aguayo Canela¹, J. Rodríguez Baño², M. De Cueto³

¹Servicio de Medicina Interna "A", ²Unidad de Gestión Clínica de Enfermedades Infecciosas, ³Servicio de Microbiología. Hospital Virgen Macarena. Sevilla.

OBJETIVOS

describir las características clínicas, microbiológicas y pronósticas de los episodios de bacteriemias detectados en nuestros pacientes en función de su patología de base.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se incluyen bacteriemias de pacientes de 14 años o más, confirmados microbiológicamente y con presencia de datos clínicos de sepsis en el momento del diagnóstico, recogidos de octubre a diciembre de 2006 en el HUV. Macarena de Sevilla. En la totalidad de los casos se han analizado descriptivamente variables demográficas (edad, género), clínicas (enfermedades de base, índice de Charlson, presentación), microbiológicas (aislamientos en hemocultivo) y pronósticas (Mc Cabe, éxitos a los 14 días). Se ha realizado una estadística descriptiva simple, y pruebas bivariantes, el test χ^2 con corrección de Yates (para datos categóricos) y la t de Student para comparar medias en dos grupos, con el programa SPSS.

RESULTADOS

Se detectaron 109 casos, de los cuales 69% eran hombres, 31% mujeres. La edad media fue de 61,21 años (21-89). En cuanto al origen: 40% fueron de la comunidad y 60% nosocomiales. El índice de Charlson medio fue de 2,67. En relación al éxito a los 14 días: el grupo de pacientes que sobrevivieron a los 14 días presentaron un valor medio de 2,14 y entre los que fallecieron de 3,09. El Índice de Charlson en relación a los criterios de sepsis fue de 1,53 para los que no los presentaban y de 2,58 para los que sí. El pronóstico en relación a la patología de base (índice de McCabe), se correlaciona con la gravedad clínica del cuadro de forma significativa ($p < 0,05$). El éxito a los 14 días en relación a las categorías de McCabe fue del 18% para el grupo de no fatal, 25% para el grupo de últimamente fatal y del 60% para el grupo de rápidamente fatal. La edad se asocia significativamente a la mortalidad por sepsis, siendo la media en el grupo que fue éxito de 64 años frente a los 59 años de media en el grupo de supervivientes ($p < 0,01$). Como patología crónica más frecuente: el 29,8% presentaba DM, el 19% EPOC, el 24% neoplasia sólida, el 9% neoplasia hematológica, 18% inmunodepresión, el 12,3% uropatía obstructiva y el 15% patología digestiva crónica. En relación al microorganismo aislado y el éxito en 14 días tras bacteriemias según patología de base del paciente: Ecoli y klebsiella fueron los microorganismos más prevalentes sin asociarse de forma significativa a ninguna patología; el grupo que presentó mayor mortalidad fue el de pacientes EPOC con una mortalidad de un 39%; el grupo de insuficiencia renal crónica presentó mayor frecuencia de bacteriemias por S. Aureus y el grupo de enfermos con neoplasias hematológicas presentaban mayor número de bacteriemias por Pseudomona aeruginosa y otros BGN.

DISCUSIÓN

En nuestro estudio se detectó una asociación significativa entre la edad y el éxito por sepsis y entre el peor pronóstico según el índice de McCabe y la gravedad clínica de la bacteriemia. La media de los valores del índice de Charlson fue mayor para los pacientes fallecidos y con mayor gravedad clínica. En relación a las patologías crónicas más prevalentes es de destacar la alta mortalidad en el grupo de pacientes sépticos con EPOC (38,9%). Los microorganismos más prevalentes fueron E coli y Klebsiella, con independencia de la patología de base. Destaca la presencia de S aureus en el grupo de pacientes con IRC, en probable relación con la presencia de catéteres permanentes para diálisis.

CONCLUSIONES

La edad del paciente y la mortalidad esperada según el índice de McCabe se correlacionan con la gravedad y la mortalidad en pacientes sépticos. Sería necesario plantear estudios más amplios para realizar análisis multivariantes que relacionen la patología de base del paciente y los microorganismos que ocasionan las bacteriemias. Es probable que exista relación entre el valor del índice de Charlson, la gravedad clínica y la mortalidad por sepsis.

Pósters

Paciente Pluripatológico/Edad Avanzada (EA)

EA-01 LOS PACIENTES GERIÁTRICOS CON ANEMIA E INSUFICIENCIA CARDÍACA, ¿PRESENTAN MAYOR RIESGO DE DISFUNCIÓN SISTÓLICA?

R. Fernández Ojeda¹, B. Escolano¹, A. Valiente¹, M. Camacho², M. Soriano¹, J. Serrano¹, I. Marín¹, M. Aguayo Canela¹

¹Servicio de Medicina Interna A. Hospital Virgen Macarena. Sevilla.

²Servicio de Medicina Interna. Hospital de Montilla. Montilla (Córdoba).

OBJETIVOS

Describir el porcentaje de pacientes geriátricos con diagnóstico ecocardiográfico de Insuficiencia Cardíaca (IC) al alta (ingresados en base a criterios clínicos de Framingham) y valorar la presencia de disfunción sistólica en base a los valores de Hemoglobina al ingreso.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio prospectivo. Estudiamos 115 pacientes mayores de 65 años que ingresan en una planta de Medicina Interna (año 2006) con diagnóstico clínico de IC. Se les realiza una historia clínica detallada, determinación de parámetros analíticos (incluidas cifras de Hemoglobina (Hb)/Hematocrito (Hct)) y estudio Ecocardiográfico.

RESULTADOS

De los 115 pacientes, 65 eran mujeres (54,8%) y 52 hombres (45,2%), con una edad media de 76,97 años (rango: 65 - 97) Encontramos anemia en 27 mujeres (42,9% del total) y 21 hombres (41,2% del total) Se realizó Ecocardiografía en 77 pacientes (67% del total de estudiados) y de ellos presentan disfunción sistólica 34 pacientes (44%) Observamos que de los 34 pacientes con disfunción sistólica, 15 (44,1%) presentan Anemia mientras que en el subgrupo de pacientes con FE conservada (43 pacientes) 16 la presentan (38,1%), no existiendo un aumento del riesgo de padecer disfunción sistólica ecocardiográfica en pacientes con Anemia (OR:1,28; IC 95%:0,51 - 3,21) En el grupo de pacientes con disfunción diastólica, 12 pacientes (37,5%) tienen Anemia y no se objetiva en el 43,2% del total del grupo (19 pacientes) (OR:0,78; IC 95%:0,31 - 2,00).

CONCLUSIONES

1. Los pacientes geriátricos con Anemia e IC no presentaron mayor prevalencia de disfunción sistólica-ecocardiográfica, respecto a aquéllos con cifras de Hb normales.
2. Un elevado porcentaje de pacientes no tienen confirmación ecocardiográfica de IC al alta.



EA-02 EL CUIDADOR INFORMAL DE ANCIANOS EN ESPAÑA

M. Díaz Benavente, T. Cano Ruiz, A. Romero Muñoz, B. Romera Morgado, J. Osorio Ortiz

UCAMI. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.

OBJETIVOS

INTRODUCCIÓN: el envejecimiento de la población en España es una situación de importancia creciente. Las necesidades de los mayores no quedan totalmente cubiertas con el sistema formal socio-sanitario, siendo el cuidado informal el pilar de el actual cuidado de los ancianos españoles. Es necesario conocer la situación en la que se encuentra el estudio y el conocimiento de los cuidadores informales en España en relación con la situación internacional. **OBJETIVOS:** comparar el estado de la literatura sobre los cuidadores informales de personas mayores de 65 años en España, con la situación de la literatura internacional sobre los cuidadores informales de personas mayores de 65 años.

MATERIAL Y MÉTODOS

MÉTODOS: Se realizó una búsqueda exhaustiva de la literatura en las principales bases de datos nacionales e internacionales: PubMed, Cuidatge, Cuiden, BDIE, CINAHL, PsychInfo, EMBASE, Cochrane and Ageline con las siguientes palabras clave: aged, elderly, old people, aging, older, geriatric, geriatric nursing, gerontologic nursing and caregiver. También se realizó una búsqueda manual para identificar aquellos artículos que se escaparan de la búsqueda electrónica. Se revisaron 8500 abstracts, y se identificaron 332 publicaciones para el análisis. Los criterios de inclusión fueron: artículos publicados desde Enero 1990 hasta Julio 2003, escritos en Inglés, Español o Francés, y centrados en el perfil del cuidador informal, el tipo de cuidado dado, los recursos disponibles, y que se centraran directa o indirectamente en la predicción, descripción o medición de la sobrecarga del cuidador informal, en su morbilidad psiquiátrica, aislamiento social, impacto sobre su privacidad, o que hicieran referencia a la claudicación del cuidador o institucionalización de la persona cuidada. Las publicaciones fueron evaluadas por pares de investigadores que puntuaron las publicaciones de cero a cinco según su calidad metodológica.

RESULTADOS

RESULTADOS: De acuerdo a la literatura, el concepto de cuidador informal es multidimensional. En algunos casos se considera cuidador informal a la persona que ofrece los cuidados primarios, otras veces es el investigador quién determina quién es el cuidador informal y en otros casos se deja sin definir. En general se acepta que cuidador informal es aquella persona que ayuda al anciano o persona dependiente en alguna actividad. El cuidador informal es generalmente una mujer (83,95%) miembro de la familia de entre 45 y 65 años, sin actividad laboral fuera del ámbito familiar (60%), con bajo nivel de estudios. Estas cuidadoras son hijas en la mayoría de veces, cónyuges en segundo lugar e hijos varones en tercer lugar (Ministerio Trabajo, 2000) 2. Hay que destacar un 5,9% de personal contratado por la familia que realiza el cuidado del mayor (Imsero, 2002) 1 El cuidado que proporciona el cuidador informal se centra en cuatro categorías: apoyo emocional, realización de servicios o actividades a la persona cuidada, puente o conexión con el sistema de cuidado formal y ayuda económica (Horowitz, 1985) 6. Las ayudas que perciben las familias que realizan cuidados se dividen en desgravaciones fiscales y ayudas en la normativa laboral. Las primeras van dirigidas a las familias que tengan un ascendente viviendo en su domicilio y los ingresos de la persona cuidada no excedan el salario mínimo interprofesional. Las segundas recogen las reducciones de jornada y las excedencias, con la reducción salarial consecuente o bien suspensión salarial en el caso de la excedencia (Casado y López, 2001) 9.

CONCLUSIONES

El análisis de los datos muestra que la literatura nacional e internacional sobre el cuidado informal de personas mayores converge en el estudio de las principales líneas temáticas identificadas. Tanto el perfil como las actividades que los cuidadores realizan son bien identificadas en la literatura, Sin embargo, hay divergencia en la bibliografía nacional e internacional de acuerdo a la profundización del estudio de la adecuación de los recursos formales existentes a las necesidades de los cuidadores y cuidadoras informales. En la práctica clínica esto plantea una necesidad de evaluación real de los recursos que existen en nuestro país y qué grado de cobertura tienen estos recursos sobre las necesidades que expresan los cuidadores.

EA-03 ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE LOS PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS DE LA CAMPIÑA Y LA COSTA DE HUELVA

J. Ramos-Clemente Romero, E. Ramírez Ortiz, M. Romero Jiménez, A. Benavente Fernández, M. Pérez Ramos, M. Raffo Márquez, A. Cabrera Núñez, J. Prado Mediano

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

OBJETIVOS

Nuestro centro es un hospital comarcal que atiende a dos regiones geográfica, económica y demográficamente muy diferenciadas; la campiña de Huelva, donde la dispersión geográfica es muy importante (hay al menos 8 de las principales 11 localidades que tienen menos de 10.000 habitantes) y donde el principal motor económico es la agricultura, y la costa de Huelva, con núcleos urbanos de gran tamaño y donde la economía esta basada en el turismo y el sector servicios. Hemos intentado analizar si estas diferencias se relacionaban también con el perfil de nuestros pacientes pluripatológicos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se ha realizado un seguimiento de los pacientes ingresados durante un mes en el servicio de Medicina Interna y valorado las características de los pacientes en función de su localidad de origen y el cumplimiento de los criterios de pluripatología definidos en el proceso asistencial.

RESULTADOS

Tenemos un porcentaje de pacientes que cumple criterios de pluripatológicos en relación con el total de pacientes ingresados del 33,4% con una media de edad de 70,14 años, superior en cuatro años a la media del total de pacientes (66 años). El porcentaje de pacientes pluripatológicos procedentes de la campiña fue del 48% y de la costa el 52%. Analizando los GDR más frecuentes como motivo de ingreso en los pacientes pluripatológicos, se han identificado más de 26 diagnósticos diferentes. De ellos, el grupo de enfermedades cardiovasculares es el más importante con diferencia, siendo los principales motivos de ingreso la insuficiencia cardíaca, el ictus, tanto isquémico como hemorrágico y la patología cardíaca de origen isquémico (fundamentalmente angor inestable y síndrome coronario agudo). No se han observado diferencias entre los pacientes procedentes de la costa y la campiña de Huelva. De las categorías presentes en los pacientes, en base a los criterios definidos por el proceso asistencial de atención al paciente pluripatológico, la más frecuente fue la A (insuficiencia cardíaca en presencia de síntomas continuos y agudizaciones. cardiopatía isquémica) y a continuación la C (limitación al flujo aéreo, asma bronquial o hipoventilación alveolar con limitación funcional. Cor pulmonare crónico), similar a lo descrito en otras series y sin diferencias significativas entre las dos regiones analizadas.

DISCUSIÓN

La alta prevalencia de pacientes con pluripatología en nuestros centros ha creado un notable interés por conocer sus características y particularidades, intentando ofrecer modelos de asistencia adecuados a este problema. La importante variabilidad no solo geográfica, sino económica y social entre dos regiones tan diferentes como la costa y el condado de Huelva nos ha hecho plantearnos si estas diferencias se trasladaban a nuestros pacientes pluripatológicos, para poder adaptar los modelos de asistencia a cada región. A pesar de estas diferencias entre regiones, no se han apreciado cambios significativos entre los dos grupos de poblaciones de pacientes pluripatológicos. Esto quizás se deba a que las poblaciones de edad avanzada son más homogéneas de lo inicialmente supuesto, y sus patologías no varían sustancialmente en una a otra región.

CONCLUSIONES

A pesar de los diferencias demográficas existentes entre un área fundamentalmente rural como el condado de Huelva, y una población más urbana como las localidades de la costa de Huelva, no se han apreciado diferencias significativas entre los pacientes pluripatológicos de ambas regiones.

EA-04 CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS INGRESADOS DESDE EL ÁREA DE URGENCIAS EN UN HOSPITAL COMARCAL

M. Pérez Ramos, M. Raffo Márquez, A. Cabrera Núñez, J. Prado Mediano, P. Sosa Rojas, E. García González, M. Del Castillo Madrigal, J. Ramos-Clemente Romero

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

OBJETIVOS

Conocer las características de los pacientes pluripatológicos ingresados en un servicio de Medicina interna y si estos se identifican de forma adecuada en el área de urgencias, antes de su ingreso.

MATERIAL Y MÉTODOS

Realizamos un estudio descriptivo de corte sobre pacientes ingresados en el servicio de medicina interna procedentes del área de urgencias durante el período de un mes. Los datos son recogidos de la historia realizada en urgencias. Se definieron a los pacientes pluripatológicos según las categorías clínicas definidas en el proceso asistencial del paciente pluripatológico: CATEGORÍA A: insuficiencia cardiaca en presencia de síntomas continuos y agudizaciones. cardiopatía isquémica. CATEGORÍA B: enfermedad crónica osteoarticular con limitación funcional, vasculitis y conectivopatías. Insuficiencia renal crónica. CATEGORÍA C: limitación al flujo aéreo, asma bronquial o hipoventilación alveolar con limitación funcional. Cor pulmonare crónico. CATEGORÍA D: enfermedad inflamatoria crónica intestinal y hepatopatía crónica sintomática o en actividad. CATEGORÍA E: enfermedad neurológica con déficit motor o cognitivo que genere discapacidad. CATEGORÍA F: arteriopatía periférica sintomática y DM con repercusión visceral diferente a cardiopatía isquémica. CATEGORÍA G: enfermedad hematológica sintomática no candidata a tratamiento especializado y enfermedad oncológica activa no candidata a tratamiento oncológico.

RESULTADOS

290 pacientes fueron reclutados, 164 hombres y 124 mujeres, con una media de edad de 66 años. 97 pacientes cumplían criterios de pluripatológicos (33,4%) y todos ellos fueron identificados de forma correcta en el área de urgencias, con una media de edad de 70,14 años. 68 eran varones (70%) y 29 mujeres (30%). Respecto a la incidencia de las distintas categorías en los pacientes pluripatológicos, el 72,1% presentaban la categoría A, el 16,2% la categoría B, el 54,1% la categoría C, el 11,4% la categoría D, el 31,2% la categoría E, el 13,5% la categoría F y el 16,6% la categoría G.

DISCUSIÓN

La incidencia de pacientes pluripatológicos (33,4%) y la edad media 70,14 años, es similar a las descritas en otras series. Valorando en la cohorte de pacientes con pluripatología la presencia de las distintas categorías clínicas observamos que la categoría A (insuficiencia cardiaca en presencia de síntomas continuos o agudizaciones frecuentes o cardiopatía isquémica) es la más frecuente, como ocurre en otras series. Sin embargo, el porcentaje de pacientes con categoría B (enfermedad crónica osteoarticular con limitación funcional, vasculitis y conectivopatías e insuficiencia renal crónica) y F (arteriopatía periférica sintomática y DM con repercusión visceral diferente a cardiopatía isquémica) es significativamente menor que los encontrados en otros estudios similares. Por ello, para intentar encontrar las causas responsables de dicho infradiagnóstico realizamos un subanálisis de un grupo de 20 pacientes pluripatológicos analizando la historia realizada en planta, historia antigua, anamnesis y exploración sistemática, apreciando que las categorías B, F y G presentaban un nivel de infradiagnóstico muy importante.

CONCLUSIONES

La prevalencia y características de los pacientes pluripatológicos de nuestro centro es similar al de otras series. El bajo nivel de diagnóstico detectado en las categorías B y F pueden estar relacionados con problemas en la recogida de datos, ya que como referencia se tomaron los datos clínicos de los pacientes recogidos en la historia clínica de urgencias. Esto nos hace pensar que, aunque la presencia del paciente pluripatológico se identifica correctamente en urgencias, es en muchos casos poco precisa.

EA-05 PREVALENCIA Y CARACTERIZACIÓN DEL PACIENTE PLURIPATOLÓGICO EN UN SERVICIO DE TRAUMATOLOGÍA

A. Cabrera Núñez, J. Prado Mediano, P. Sosa Rojas, E. García González, M. Del Castillo Madrigal, J. Ramos-Clemente Romero, E. Ramírez Ortiz, M. Romero Jiménez

Servicio de Medicina Interna. Infanta Elena (Huelva).

OBJETIVOS

Describir la prevalencia y caracterización clínica-epidemiológica de los pacientes pluripatológicos (PP) ingresados en un servicio de Traumatología, para mejorar y disminuir su estancia hospitalaria.

MATERIAL Y MÉTODOS

Hemos realizado un estudio transversal descriptivo analizando los pacientes ingresados en el servicio de Traumatología de nuestro hospital, desde el 16 de febrero al 16 de Marzo de 2007. En la recogida de datos se registraron: (i) variables epidemiológicas: edad y sexo; (ii) geográficas; (iii) tipo de ingreso (urgente o programado); (iv) motivo de ingreso, y (v) días de estancia hospitalaria. A continuación se clasificó como enfermo pluripatológico aquél que padecía 2 ó más de las categorías clínicas que definen el proceso asistencial de atención al PP de la Consejería de Salud, 2006.

RESULTADOS

De los 102 pacientes ingresados, 52 fueron hombres (50,98%) y 50 mujeres (49,02%), siendo la media de edad de 48 años (rango: 1-89 años). El grupo de pacientes que cumplía criterios de PP fue del 17,65% (18 pacientes) con una media de edad de 75 años. De estos, el 77,7% fueron mujeres y el resto hombres, 22,2%. Las categorías más prevalentes fueron A (83,3%), seguida de B y C (ambas con 61,1%), E (16,6%) y finalmente F (5,5%). Ningún paciente participaba de las categorías D ni G. Los motivos de ingreso más frecuentes fueron: (i) fracturas en miembros inferiores-pelvis; (ii) heridas; (iii) fracturas en miembros superiores; (iv) ligamentoplastias; (v) artrosis; (vi) fracturas vertebrales; (vii) Hallux valgus; y (viii) resto: miscelánea. La estancia media de los pacientes PP fue de 6,9 días, superior a la media de la totalidad de pacientes ingresados (4,9 días). El 69% ingresaron desde el servicio de Urgencias. Si analizamos la distribución geográfica de nuestros pacientes observamos que el distrito con mayor porcentaje de PP fue el Condado (61%).

DISCUSIÓN

La alta hospitalización de PP nos obliga a conocer bien a este tipo de paciente para mejorar y disminuir en lo posible su estancia hospitalaria. En el servicio de traumatología de nuestro hospital, la categoría más prevalente dentro de los PP se relaciona con la patología cardíaca (A), similar a otras series recientes (Zambrana García *et al.*, 2005). A ella le siguen las enfermedades crónicas osteoarticulares y respiratorias con limitación funcional, en lógica relación con la mayor frecuencia de eventos traumáticos. Es destacable la mayor prevalencia de pacientes PP mujeres, probablemente en relación con déficit en diagnóstico precoz y tratamiento eficaz de patología osteoarticular. La prevalencia total de PP muestra valores aparentemente bajos, debido a que el motivo de ingreso más frecuente fueron fracturas en individuos jóvenes sin otras patologías concomitantes. Esto hace cuestionarnos la probabilidad de infradiagnóstico de las categorías definitorias de PP, ya que no disponemos de otras series realizadas en servicios de Traumatología para su comparación.

CONCLUSIONES

Los pacientes PP (17,6%) han precisado una estancia hospitalaria mayor que los no PP (2 días más). La edad media de los PP (75 años) es mucho mayor que la media de edad del total de pacientes ingresados (48 años). Mayor prevalencia de pacientes PP mujeres (78%). La patología más prevalente es la relacionada con patología cardíaca (categoría A: 83%) seguida de enfermedades crónicas osteoarticulares y respiratorias con limitación funcional (categorías B y C: 61%). El tipo de ingreso más frecuente fue derivado del servicio de Urgencias (69%). El distrito con mayor porcentaje de PP ingresados fue el Condado (61%). Las características propias de los pacientes PP hacen de este grupo una población que ocupa una alta estancia hospitalaria. De ello nace la necesidad de un abordaje integral y multidisciplinar en el cual, el internista junto con el traumatólogo y Atención Primaria, pueden colaborar en la mejora de la calidad asistencial en este amplio grupo de pacientes.

EA-06 UTILIZACIÓN DE INHIBIDORES DE LA ACETILCOLINESTERASA Y DE MEMANTINA EN PACIENTES CON DEMENCIA TIPO ALZHEIMER (DTA)

J. Sabatel Gómez-Román¹, O. Juan¹, L. Soriano Carrascosa¹, B. Gil Extremera²

¹Centro de Salud La Caleta. Granada.

²Servicio de Medicina Interna, Unidad de Hipertensión y Lipid. Hospital Universitario San Cecilio. Granada.

OBJETIVOS

Conocer el patrón de utilización de inhibidores de la acetilcolinesterasa y de memantina en pacientes con DTA, Centro de Salud, La Caleta de (Granada).

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio transversal, observacional para analizar la utilización de fármacos en pacientes de DTA. Grupos terapéuticos ATC N06DA (inhibidores de acetilcolinesterasa: donepezilo, galantina, rivastigmina) y N06DX (memantina). Población de estudio: Centro de Salud La Caleta con 25.000 personas asignadas. Se incluyen pacientes con medicación antedemencia y memantina incluidos en el registro informatizado de homologación de prescripciones de receta médica (visado) centralizado en el Centro de Salud. Inclusión: pacientes diagnosticados de DTA por especialistas. Estos fármacos están considerados de "diagnóstico hospitalario". Periodo analizado: marzo 2007. Variables recogidas, edad, sexo, medicación, antigüedad del tratamiento, gravedad de la enfermedad, identificación del cuidador principal, test de valoración cognitiva para evaluar el tratamiento. Se ha respetado la confidencialidad de los datos.

RESULTADOS

Fármacos utilizados según gravedad de la enfermedad

	DTA grado leve	DTA grado moderada	DTA grado avanzada	+1 año tratamiento	Valoración cognitiva evaluación test
Donepezilo	65,38%	34,78%	12,5%	62,5%	1
Galantina	19,23%	3,84%	-	50%	1
Rivastigmina	11,53%	21,73%	-	12,5%	1
Memantina	-	4,34%	62,5%	33,33%	1
Donepezilo + Memantina	-	21,73%	12,5%	80%	1
Rivastigmina + Memantina	-	8,69%	12,5%	33,33%	
Rivastigmina + Donepezilo	-	4,34%		-	

DISCUSIÓN

No hay tratamiento curativo para la DTA. Se presenta una muestra de 59 pacientes en tratamiento, de un Centro que atiende una población de 25.000 personas. Prevalencia: 0,23% de pacientes tratados de DTA con estos fármacos. La dificultad para el diagnóstico de DTA quizá sea la causa de la baja prevalencia y los pocos tratamientos instaurados. Es mayor la prevalencia en mujeres 66,1%, respecto a los varones 33,8%. El principio activo más utilizado en la DTA leve a moderada ha sido donepezilo; 62,5% utilizado más de un año, en otros casos hasta tres, evaluación alguna. Memantina, ha sido más utilizada en formas avanzadas, 80% administrándose durante mas de un año sin ningún tipo de valoración en la evolución de la enfermedad. Solo se encontraron dos cuidadores identificados (grandes discapacitados).

CONCLUSIONES

1) El uso de inhibidores de la acetilcolinesterasa (donepezilo, galantina y rivastigmina); y de memantina, no se ajusta a la evidencia científica. 2) El tratamiento dura de uno a tres años sin evaluación de las capacidades funcionales y cognitivas. 3) No se evidencian criterios clínicos definidos y protocolizados que determinen la gravedad de la demencia. 4) Algunas asociaciones se utilizan sin ningún tipo de evidencia científica. 5) No están identificados los cuidadores, responsables de la administración y la valoración de los fármacos.

EA-07 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LOS PACIENTES INCLUIDOS EN EL PROCESO DE DEMENCIA EN UN CENTRO DE SALUD

L. Soriano Carrascosa¹, C. Morcillo Rodenas¹, J. Sabatel Gómez-Román¹, I. Toral López¹, J. Cantero Hinojosa², B. Gil Extremera²

¹Centro De Salud "La Caleta". Granada. ²Servicio de Medicina Interna. Unidad de Hipertensión y Lipid. Hospital Universitario San Cecilio. Granada.

OBJETIVOS

Determinar las características epidemiológicas y clínicas de los pacientes incluidos en el proceso asistencial de demencia en el Centro de Salud La Caleta (Granada).

MATERIAL Y MÉTODOS

El ámbito de estudio es la zona de atención sanitaria de la Unidad Clínica de la Caleta que atiende a 25.000 usuarios. Población de estudio: pacientes incluidos en el proceso asistencial de demencia. Se consiguieron los datos de las historias clínicas registradas en el sistema informático DIRAYA. Se han revisado las historias clínicas de pacientes y se ha realizado un análisis transversal de variables durante marzo de 2007. Variables estudiadas: sexo, edad e indicadores de calidad del proceso, test psicométricos (MMSE), diagnóstico de trastorno cognitivo leve o demencia tipo Alzheimer, identificación del cuidador, grado de dependencia, incontinencia urinaria.

RESULTADOS

Los hallazgos de las características clínicas del grupo se exponen en la tabla. *DTA: Demencia tipo Alzheimer; TCL: Trastorno cognitivo leve; MMST: Mini-Mental State Examination.

DISCUSIÓN

La demencia es una patología de creciente prevalencia pero con escasos estudios epidemiológicos. Los costes clínicos y sociales de la enfermedad van en aumento lo que representa un reto para la administración sanitaria. El registro y recogida de manera adecuada de los datos epidemiológicos en la historia clínica es de gran utilidad para obtener el perfil del paciente con riesgo de padecer algún tipo de demencia. Observamos una mayor prevalencia de mujeres. Esta es mayor en los tramos 80-81 y hombres entre 77-79. La prevalencia es baja respecto a otros estudios si bien, hay que tener en cuenta que la inclusión en el proceso depende de que se registre de manera adecuada. Una de las normas de calidad del proceso asistencial es la identificación del cuidador como informante del inicio del deterioro cognitivo, cuya actuación tiene evidencia grado A. En el estudio hay 12 cuidadores. La incontinencia urinaria precoz es otro síntoma de alarma en pacientes que sufre un trastorno cognitivo leve.

CONCLUSIONES

En el proceso asistencial de demencias, hay más mujeres que hombres El trastorno cognitivo leve y las demencias se tienden a tratar como un síndrome sintomático. Los resultados revelan el no cumplimiento de las normas de calidad del proceso que garantizan la correcta actuación sanitaria en esta patología. Los infrarregistros dificultan actualmente el desarrollo de una mayor investigación en este campo.

Características psico-funcionales de pacientes con DTA *

	Hombres	Mujeres
En proceso de demencia 79-100%	24 30,37%	55 69,62%
Edad media 76 ± 10	72 ± 12	78 ± 7
DTA 59-74,68%	11,53%	21,73%
Memantina	20 33,89%	39 66,40%
TCL 11-15,71%	5 45,45%	6 54,54
Inmovilizados 20- 25,31%	5 25%	15 75%
En residencia 6 7,59%	1 16,66%	5 83,33%
Test psicométricos (MST) 3 (3,79%)		
Identifica cuidador 12 15,18%	4 33,33%	7 58,33%

EA-08 DESCRIPCIÓN DE LAS CATEGORÍAS DE LOS PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS DE UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

F. Martínez Peñalver, A. Leal Luna, E. Salamanca Rivera, J. Santamaría González, B. García Casado, J. De la Vega Sánchez, M. Rico Corral, R. Pérez Cano

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

OBJETIVOS

Aplicación del censo de variables, diseñado por nuestro Servicio, a 328 pacientes pertenecientes al Proceso Asistencial Pluripatológico al alta. Determinaremos los motivos de ingreso, y GDRs mas frecuentes, Porcentaje de medicación en genéricos al ingreso y al alta, Estancia media, y por último determinaremos las categorías de Pacientes Pluripatológicos mas prevalentes en nuestra Área Sanitaria.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo sobre 328 pacientes ingresados en camas pertenecientes al Servicio de Medicina Interna B entre los meses de Enero de 2006 y Marzo de 2007. Se diseñó de forma consensuada entre los médicos de nuestro Servicio un cuestionario para recoger las distintas variables con el objetivo de instaurar un Registro Informatizado de Pluripatológicos. Para el análisis estadístico se empleó el programa SPSS v14.0.

RESULTADOS

La edad media fue de 74,95 años, con una media de 0,96 ingresos durante el último año, y con una estancia media de 10,22 días. El 97,9% de los enfermos procedían de Urgencias, mientras que el 2,1% eran ingresos programados ó de Consultas Externas. Los motivos mas frecuentes de ingreso fueron disnea (44,3%), dolor torácico (17,2%), y dolor abdominal (7,4%). Los GDRs mas frecuentes al alta fueron la insuficiencia cardíaca (21,2%), y la insuficiencia respiratoria (18,5%). Al ingreso, el número de medicamentos prescritos fue de 6,5, siendo el 53,69% medicamentos genéricos. Al alta, el número de medicamentos fue de 7,04, siendo genéricos el 89,34% de ellos. El 91,1% de los pacientes fue dado de alta a su domicilio, el 7,4% a una Residencia, y el 1,5% fueron éxitus.

DISCUSIÓN

El Proceso Asistencial de Atención al Paciente Pluripatológico describe una mayor prevalencia de estos pacientes con edades superiores a 64 años. En la distribución de las distintas categorías de Pluripatológico en nuestra muestra podemos observar, en comparación con el gráfico que aparece en la descripción del Proceso Asistencial, que hay una mayor prevalencia de los grupos A (Insuficiencia Cardíaca, Cardiopatía Isquémica,...) y B (Patologías osteoarticulares e Insuficiencia Renal) en nuestra muestra, y sin embargo los grupos C (Enfermedades respiratorias) y F (Repercusión orgánica de la Diabetes y Arteriopatía Periférica) tienen una menor repercusión que en la población general. En cuanto a los medicamentos, tenemos una población polimedicaada en la que hemos logrado que al alta los fármacos genéricos constituyan casi un 90% del total de los prescritos. Comparando la distribución de los GDRs mas frecuentes, expuesta junto con los resultados, con la del estudio de Zambrana y cols sobre 400 pacientes vemos que en ésta el grupo de EPOC reagudizados constituía el 11% y el de ICC el 8,8%. En nuestro caso se obtienen unos valores distintos, con un porcentaje mayor de EPOC, pero con un sustancial aumento de la ICC. Nuestra estancia media fue de 10,22 días, un valor parecido al de otros estudios similares. Al alta, el 91,2% de los Pacientes fueron dados de alta a su domicilio, garantizándose la continuidad asistencial mediante citación en nuestras Consultas Externas. Los pacientes que fueron a Residencia recibieron un informe adjunto al del alta, con los Cuidados de Enfermería precisos.

EA-11 PLAN DE ASISTENCIA COMPARTIDA EN PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS

P. Carrillo Alascio¹, F. Laynez Bretones¹, B. Martín Revelles¹, J. Baena Delgado¹, A. Corrales Torres¹, F. Carrasco Miras¹, J. Pérez Serrano¹, L. Ortega Parra²

¹Servicio de Medicina Interna, ²Enfermería Hospitalaria de Enlace. Hospital La Inmaculada. Huércal-Overa (Almería).

OBJETIVOS

Conocer las características clínicas y de dependencia en los pacientes pluripatológicos (PPP) que se han atendido a través del Plan de Asistencia Compartida (PAC) entre Atención Primaria y Medicina Interna.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional desarrollado entre el 1 de Enero y el 31 de Diciembre de 2006. Se han recogido los datos de filiación, categorías clínicas, dependencia según Índice de Barthel y el motivo de activación del PAC. Los datos se han recogido en una base de datos Acces, expresándose sus resultados en números absolutos y medios.

RESULTADOS

Se han atendido a 137 pacientes, con una edad media de 76,38 años (14-103), 78 mujeres y 59 varones, de ellos 83 con cuidador principal y 43 institucionalizados. Los grupos con mayor peso diagnóstico fueron: neurológico (81) y articular/renal (63), la media de diagnósticos fue 6,48 y la media de fármacos fue 6,90. El grado de dependencia medio fue 22,09 puntos en la Escala Barthel (dependencia total). Se solicitaron 117 prescripciones con visado (19 ortoprotésicas, 25 visados de farmacia, 56 nutriciones y 17 oxígenos domiciliarios), y 20 interconsultas telefónicas entre médico de familia e internista. En este periodo se han evitado 137 consultas hospitalarias, y 9.367 kilómetros de desplazamiento a los pacientes.

DISCUSIÓN

Los PPP se caracterizan por la presencia de enfermedades no curables y mantenidas, presentan un deterioro progresivo, generan una disminución gradual de la autonomía y capacidad funcional, y tienen importantes repercusiones profesionales, económicas y sociales. Frente a comunicaciones previas donde predomina la categoría cardiovascular, nuestros PPP pertenecen fundamentalmente a las categorías neurológica y articular al estar incluidos en la cartera de servicios de enfermería de enlace, pacientes especialmente frágiles. Esto influye en que la dependencia de los pacientes según la Escala de Barthel sea total.

CONCLUSIONES

1. En nuestros PPP predominan las categorías neurológica y articular.
2. Su grado de dependencia según la Escala de Barthel es total.
3. La puesta en marcha de este nuevo sistema evita el desplazamiento del enfermo y/o su cuidador principal al hospital y ayuda a promover una atención integral y coordinada entre niveles asistenciales.



EA-12 EL TELÉFONO COMO HERRAMIENTA DE TRABAJO EN UNA UNIDAD ESPECIALIZADA EN LA ATENCIÓN DE PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS Y PALIATIVOS

M. Fernández Sánchez¹, A. García García¹, E. Bayoll Serradilla², D. Utrilla Ayala¹, A. Ruiz Franco-Baux¹

¹FEA de Unidad de Continuidad Asistencial. MIN, ²DUE de Unidad de Continuidad Asistencial. MIN. Hospital de El Tomillar. Dos Hermanas (Sevilla).

OBJETIVOS

Conocer la utilidad del teléfono en la práctica diaria de la Unidad de Continuidad Asistencial.

MATERIAL Y MÉTODOS

El envejecimiento de la población, el aumento de las enfermedades crónicas y la mayor supervivencia de los pacientes han elevado el consumo de recursos sanitarios, lo que obliga a buscar nuevas fórmulas asistenciales. La hospitalización tradicional no solo no añade mejoras en la calidad de vida y atención sanitaria de estos pacientes, sino que en muchos casos las empeora. La Unidad de Continuidad Asistencial (UCA) es el referente especializado para la atención de pacientes pluripatológicos/paliativos en el Área Hospitalaria de Valme en Sevilla. La UCA integra camas de hospitalización y alternativas a la misma como las Unidades de día y la consulta telefónica. Dada la elevada dispersión geográfica de nuestra población, el teléfono surge como una herramienta útil para el seguimiento ambulatorio de los pacientes evitando en muchas ocasiones el desplazamiento del paciente y/o cuidador principal al hospital con lo que supone en cuanto a la comodidad del enfermo y, por supuesto, al ahorro económico que conlleva. La UCA cuenta con dos contestadores automáticos telefónicos al que los pacientes y sus familiares/cuidadores principales tienen acceso para cualquier consulta no urgente en relación con la patología del paciente integrado en nuestra Unidad, en horario laboral. Cada uno de estos dispositivos telefónicos cuenta con una enfermera y un médico de referencia. En este estudio se incluyeron las llamadas efectuadas entre el 1 de octubre 2006 hasta 31 Marzo 2007 de uno de los dos teléfonos de los que disponemos en la Unidad.

RESULTADOS

Se recogieron 1131 llamadas telefónicas pertenecientes a 414 pacientes. Ciento ochenta y uno (43,7%) eran varones. La edad mediana (Q1-Q3) fue de 82 (75-87) años. La persona que efectuó la llamada telefónica fue el familiar o el propio paciente en 937 (82,9%) ocasiones, 109 (9,6%) fueron realizadas por el personal de atención primaria y 84 (7,4%) por el personal encargado de las residencias de ancianos de nuestra área. Las llamadas de teléfono fueron contestadas por la enfermera en 334 (31,9%) ocasiones y 827 (68,1%) por el médico. Trescientos treinta y tres (29,4%) episodios telefónicos de los pacientes que llamaron a nuestra Unidad justificaron una cita de nuestras Consultas, 72 (6,4%) requirieron ingreso hospitalario desde el domicilio, 429 (37,9%) se remitieron a una nueva consulta telefónica para evolución y 289 (25,6%) y 8 (0,7%) fueron derivados para valoración a su equipo de atención primaria y servicio de urgencias hospitalarias, respectivamente.

CONCLUSIONES

La consulta telefónica es una herramienta útil para el manejo de pacientes ambulatorios pluripatológicos y/o paliativos (oncológicos o no) con alta complejidad y demanda de recursos sanitarios. Esto podría reducir el número de consultas a los servicios de urgencias hospitalarias y de atención primaria así como favorecer la accesibilidad a la atención especializada y al Hospital del paciente o su cuidador principal y la personalización de la asistencia.

EA-13 VALORACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL DE PACIENTES CRÓNICOS Y ANCIANOS

T. Martínez García¹, M. Martín Azofra¹, B. Barón Franco¹, P. Rodríguez Ortega², J. García², E. Pujol de la Llave²

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital Vázquez Díaz. Huelva.

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

OBJETIVOS

Determinar el estado nutricional de los pacientes crónicos ingresados en el Hospital Vázquez Díaz.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realiza un estudio transversal de los pacientes crónicos y ancianos (mas de 65 años) ingresados en la Unidad de Continuidad Asistencial del hospital Vázquez Díaz, donde se asisten a pacientes pluripatológicos (con dos o mas entidades de categorías distintas que definen a estos pacientes según el proceso Pluripatológico del Servicio Andaluz de Salud). Para ello se obtuvieron las siguientes variables: edad, género, número de categorías definitorias, índice de Barthel, test de Pfeiffer, test de mini evaluación nutricional (MNA), peso, talla (cuando no se pudo determinar directamente estos valores se efectuó estimación por fórmulas antropométricas), índice de masa corporal (IMC), pliegue cutáneo tricípital (PCT), perímetro muscular braquial (PMB), albuminemia, prealbuminemia, recuento de linfocitos totales. Se definen desnutridos cuando: la puntuación del MNA era inferior a 17, IMC inferior al percentil 5 para su edad y género, valor de PCT y/o PMB inferior al percentil 5 para su edad y género, valor inferior de 3 g% de la albuminemia o recuento de linfocitos totales inferior a 1199. Los parámetros antropométricos se compararon con los de una población anciana: Esquiús *et al.* Parámetros antropométricos de referencia de la población anciana. *Med Clin (Barc)* 1993; 100: 692-698. Se determinaron porcentajes para las variables cualitativas y medias y desviación estándar para las cuantitativas.

RESULTADOS

Se incluyeron 22 pacientes mitad hombres y mitad mujeres, edad media de 78,6 (DT 5,8), el 66,6% eran dependientes y el 24,8% con deterioro cognitivo, el 71,4% eran pluripatológicos. Según el MNA el 36,4% de los pacientes estaban desnutridos, los parámetros antropométricos detectaron 18,2%, mientras que los parámetros bioquímicos 38,1%.

DISCUSIÓN

La existencia de desnutrición en los pacientes hospitalizados se conoce desde 1974 desde que Bistrían la estudia tanto a pacientes médicos como quirúrgicos. Se cifra entre el 30 y el 50% en función de la variable medida, tipo de enfermos y ámbito del estudio. En nuestro medio y con enfermos crónicos pluripatológicos y ancianos el riesgo de desnutrición es alto como hemos podido constatar tanto por test autoevaluable como el MNA, así como por parámetros bioquímicos.

CONCLUSIONES

1. Observamos que una alta proporción de pacientes crónicos y ancianos están desnutridos.
2. Tanto el test MNA como la albúmina son dos buenas medidas de detección de desnutrición.

EA-14 ¿HAY DIFERENCIAS TERAPÉUTICAS Y DE SUPERVIVENCIA ENTRE PACIENTES ONCOLÓGICOS DE DISTINTOS GRUPOS DE EDAD?

M. Molina-Garrido, C. Guillén-Ponce, M. Guirado-Risueño, M. Molina, M. Molina, A. Carrato

Servicio de Oncología Médica. Hospital General Universitario de Elche. Elche (Alicante).

OBJETIVOS

Analizar diferencias epidemiológicas, de comorbilidad, de tratamiento y de supervivencia en pacientes oncológicos en relación a tener una edad superior o inferior a 66 años.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se hizo un análisis retrospectivo de las historias clínicas de los pacientes oncológicos que fallecieron en el Hospital General Universitario de Elche entre el 1 de junio y el 31 de diciembre 2006. Se incluyó una serie de variables: edad, sexo, situación basal (ECOG), comorbilidad (Charlson), tipo de tumor, estadio tumoral, motivo del éxitus y supervivencia medida en semanas, y se comparó estas variables en los dos grupos de edad: menores o mayores de 66 años. En el análisis estadístico empleó el programa SPSS 11.0 para Windows (Chi-cuadrado, Jonckheere-Terpstra y Kruskal-Wallis).

RESULTADOS

Se incluyó un total de 119 pacientes. Edad media en el momento del fallecimiento 65,74 años (IC 95%: 63,28-68,25 años) (rango: 28,15-88,37). El 49,2% tenía menos de 66 años (n=58), y el 50,8% (n=60) superaba esta edad. El 71,4% eran varones (n=85). ECOG: media 1,71, mediana 1,0. Percentil 75: 2,0. El 72,6% de los pacientes tenía un ECOG comprendido entre 0 y 2. Índice de Charlson: media 6,38 (IC 95%: 5,90-6,86), con una mediana de 7,0 y un rango entre 2 y 17. Sólo el 26,1% de la muestra tenía una puntuación superior a 7 en dicha escala. Tumores más frecuentes: pulmón 51,3% (n=61), tumores digestivos 16,8% (n=20), y tumores ginecológicos 7,6% (n=9). Estadio tumoral: IV en el 83,2% de los casos (n=94) y III en el 16,8% restante. Las causas más frecuentes de éxitus fueron las debidas al tumor, en el 89,3% de los casos (n=100), habiendo 12 pacientes que murieron por otros motivos (toxicidad de la quimioterapia y fenómenos tromboembólicos). La finalidad del tratamiento oncológico fue paliativa en el 81,5% de ellos (n=97). Análisis estadístico de variables en los dos grupos de edad: Sexo $p=0,772$; estadio tumoral $p=0,936$; motivo del éxitus $0,974$; grupo de Charlson $p=0,040$; finalidad del tratamiento: $p=0,048$ (razón para edad superior a 66 años: $0,576$); ECOG $p=0,010$, $z=2,566$; supervivencia en semanas: $p=0,739$.

DISCUSIÓN

En nuestro ámbito hospitalario, el tumor que causa un mayor número de muertes es el cáncer de pulmón (51,3%); esto contrasta con los tumores ginecológicos, incluido el cáncer de mama, que sólo causan el 7,6% de los fallecimientos. Al ser éste un tumor de predominio masculino, en nuestra población había un 71,4% de varones. La mayoría de los pacientes llevaba un tratamiento paliativo, aunque existía un porcentaje importante en los que, aunque existía posibilidad de curación (18,5%), también fallecieron. A pesar de que una alta proporción de los pacientes eran metastásicos (83,2%), no se trataba de una muestra con mala situación basal (la mayoría tenía ECOG inferior a 3) ni con muchas comorbilidades asociadas (sólo el 26,1% superaba una puntuación de 7 en la escala de Charlson). No existe diferencias en cuanto al sexo, el estadio tumoral o el motivo del éxitus en ambos grupos de edad. Sin embargo, el grupo con más de 66 años era más comórbido ($p=0,040$) y la finalidad del tratamiento en éste era paliativa con más frecuencia ($p=0,048$). También los pacientes mayores solían tener peor performance status ($p=0,010$; $z=2,566$). Sin embargo, no se puede decir que los pacientes más jóvenes tuvieran una supervivencia más larga ($p=0,739$).

Pósters

Gestión Clínica (G)

G-01 PROGRAMA DE EDUCACIÓN A CUIDADORES INFORMALES DE PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS, PARA FAVORECER LA CONTINUIDAD DE LOS CUIDADOS AL ALTA HOSPITALARIA

M. Díaz Benavente, T. Cano Ruiz, C. Ridruejo Delgado, P. Díaz Noa, S. Martín Matute, P. Gallego Rufino, J. Méndez Moreno

UCAMI. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.

OBJETIVOS

Actualmente la Consejería de salud de la Junta de Andalucía, a través del Servicio Andaluz de Salud, incluye entre los objetivos asistenciales de las enfermeras, el desarrollo de intervenciones educativas. En esta línea, los gestores sanitarios están poniendo el énfasis en el desarrollo de talleres de educación para la salud, dirigidos principalmente a personas con problemas de salud crónicos (Diabetes, Hipertensión arterial, Asma y EPOC) y a sus cuidadores familiares. Objetivo general: Adiestrar al cuidador informal o familiar de pacientes pluripatológicos en todas las actividades a realizar en el domicilio, y facilitar los conocimientos necesarios para la promoción de auto cuidados de los propios cuidadores informales. Objetivos específicos: Evaluar el nivel de conocimiento del cuidador informal, identificando los problemas socioculturales que puedan alterar el programa. Dar a conocer al cuidador las habilidades y técnicas de cuidados necesarias según las necesidades detectadas. Informar de las vías y recursos asistenciales ante problema. Detectar nuevas necesidades formativas o educativas para posteriores sesiones.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, transversal, en el que se analiza la educación grupal a cuidadores de grandes discapacitados (66 sujetos), realizada por los enfermeros de UCAMI (Unidad Clínica de Atención Médica Integral) del H.U.V.R de Sevilla. Recogida de datos mediante cuestionario autoelaborado de 23 ítems. Variables: sociodemográficas, metodología docente de los temas abordados y propuestas de formación a impartir en próximas sesiones. Criterios de Inclusión: * Familiar directo o cuidador principal- * Aceptación y participación en la formación-+ proyecto- * Ingresado durante la realización del estudio- * Índice de Barthel <45 Criterios de Exclusión: * Familiar directo con disminución psíquica/física. La intervención formativa teórica y práctica, se desarrolla en 6 sesiones de una hora y media de duración, la formación práctica se ha hecho en la habitación del paciente. En la formación teórica se utilizaron proyecciones de videos y diapositivas elaborado por los autores, sobre: 1) Movilizaciones y posturas. 2) Higiene. 3) Alimentación. 4) Eliminación. Se realizó el análisis cuantitativo de los datos recogidos a través del paquete estadístico SPSS, 12,0 obteniendo las medidas de frecuencias y los estadísticos elementales. Asimismo se procedió a la tabulación de las preguntas abiertas.

RESULTADOS

Había un predominio de mujeres 98%. La mayoría de ellos convivían con la persona cuidada 38 (58%), 16 (24%) con sus cónyuges, 3 (5%) solos y un grupo de 9 (14%) tenían otra relación familiar. La relación de parentesco con la persona cuidada es de hijos 32 (65%), en menor proporción cónyuges 11 (22%), hermanos 4 (8%) o nietos 2 (4%) y un grupo de 17 (35%) no determinado. Respecto al tiempo de dedicación al cuidado el 53,6% lleva más de 8 años cuidando, el 16,1% de 4 a 8 y el 19,6% de 2 a 4; el 69,1% dedica más de 16 horas diarias al cuidado y el 21,8% más de 12 horas diarias. Una mayoría de los cuidadores manifiestan dolores relacionados con el esfuerzo, el 23 (42%) describe su estado de salud como regular, el 22 (40%) como bueno, 7 (13%) muy bueno y sólo 3 (5%) malo. Las necesidades formativas propuestas son fundamentalmente la higiene 44 (83%), el manejo de fármacos 33 (62%), la movilidad 29 (55%), la alimentación 36 (65%), el cuidado de heridas 12 (23%) y los cambios posturales 9 (17%). A un 66,07% les gustaría que le enseñaran para poder y saber cuidar los síntomas que deben tenerse en cuenta de forma urgente. Un 82,14% tiene miedo por el futuro de su familiar. Un 66,07% tiene miedo a que a él mismo le suceda algo malo. A un 48,21% le considera al paciente como la única persona que le puede cuidar.

CONCLUSIONES

El trabajo educativo con grupos de cuidadores resulta idóneo para que aumenten su fortaleza para hacer frente a sus problemas, ya sea como individuos o como grupo; sean capaces de buscar alternativas conjuntas, y reciban apoyo y refuerzo emocional, que les mueva a adquirir hábitos saludables.

G-03 ADECUACIÓN DE LAS PRUEBAS COMPLEMENTARIAS DE IMAGEN EN PACIENTES CON ACCIDENTE CEREBROVASCULAR AGUDO

J. Zambrana¹, J. Carmona², M. Adarraga¹, B. Cortes³, A. García Olid²

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital de Montilla. Montilla (Córdoba).

²Servicio de Medicina Interna. Hospital Alto Guadalquivir. Andújar (Jaén).

³Servicio de Medicina Interna. Hospital de Alta Resolución Sierra de Segura (Jaén).

OBJETIVOS

Conocer la adecuación o no de los estudios diagnósticos por imagen realizados en los pacientes ingresados por accidente cerebrovascular agudo (ACVA) en un servicio de medicina interna.

MATERIAL Y MÉTODOS

Población de estudio: Ingresos producidos durante 2006 y primer trimestre de 2007 de pacientes con ACV. Instrumento de evaluación: Para evaluar la adecuación o no las pruebas de imagen utilizaremos los documentos de consenso "Appropriateness Criteria del American Collage of Radiology" para enfermedad cerebrovascular, el Task Force de la AHA (para ecocardiografía) y proceso asistencial integrado ACVA de la Consejería de Salud. Proceso de evaluación: De cada historia clínica analizada se obtendrá en una hoja de recogida de datos codificada, además de la adecuación o no de cada prueba diagnóstica realizada, las variables epidemiológicas (edad, sexo) y la presencia de factores de riesgo cardiovascular para ACVA asociados. Para la explotación de los datos se utilizará el paquete de programas estadístico ACCESS y SPSS-PC (v 10).

RESULTADOS

Hemos incluido a 78 pacientes con accidente cerebrovascular (ACVA), siendo un 56% varones. La edad media fue de 78 (9) años. De los 78 ACVA estudiados, el 90% eran de etiología isquémica, predominando la localización hemisférica (64%) y lacunares (25%). La mortalidad fue de un 9% y la estancia media de 5,5 (5) días. En cuanto a la adecuación de pruebas en el 100% de los episodios de ACV se les realizó una TC al ingreso, siendo todas adecuadas. Un segundo TC a las 48-72 horas se les realizó en un 30% de los pacientes, siendo adecuado el 90%. En 8 pacientes se realizó resonancia magnética, siendo en el 25% adecuadas. El doppler carotídeo se llevó a cabo al 40% de los casos, aportando información significativa para el paciente en el 12% de los casos. Un ecocardiograma se realizó en el 20% de los casos, siendo indicado en el 7%.

CONCLUSIONES

Detectamos inadecuación del uso de pruebas complementarias en un porcentaje significativo de pacientes con ACVA en nuestro Centro. La necesidad de puesta en común del uso de estas exploraciones redundará probablemente en una mejor indicación del su uso.

G-04 ÍNDICES DE MORTALIDAD EVITABLE Y ÉXITOS SECUNDARIOS A PROBLEMAS HOSPITALARIOS (ESPHS): SU APLICACIÓN EN LOS SERVICIOS DE MEDICINA INTERNA

J. De la Higuera Torres-Puchol¹, F. Gómez Jiménez², M. Parejo Sánchez¹, F. Miras Parra¹, A. Martín Moreno¹

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

²*Departamento de Medicina. Facultad de Medicina. Universidad de Granada.*

OBJETIVOS

La mortalidad hospitalaria es un indicador de calidad asistencial. El índice de mortalidad evitable, trata de matizar el anterior, ya que teóricamente podría reflejar la efectividad de la intervención hospitalaria. En Medicina Interna, las características de los pacientes ingresados (edad y pluripatología, especialmente) hacen que el porcentaje de pacientes que podrían ser etiquetados en el grupo de Muertes Evitables sea totalmente desproporcionado. Pretendemos estudiar y comparar la mortalidad bruta de Medicina Interna durante un año, con la Mortalidad Evitable (consenso del indicador en España; Gac. Sanit. 2006;20:184-93), así como estudiar la incidencia en nuestros pacientes fallecidos de los llamados éxitos secundarios a problemas hospitalarios (ESPHs) (An.Med.Interna 2004;21:317-21).

MATERIAL Y MÉTODOS

Realizamos un estudio de los éxitos acaecidos en un Servicio de Medicina Interna. Se analizan los índices de mortalidad global y de mortalidad excluidas las primeras 48 horas. Asimismo, en una muestra representativa aleatorizada de los éxitos habidos en 2006, estudiamos las causas de la muerte, el porcentaje de Muertes Evitables y los éxitos secundarios a problemas hospitalarios (ESPHs). Se procesan los datos estadísticamente.

RESULTADOS

La edad media fue de $80 \pm 3,2$ días. El 51,32% eran mujeres. La mortalidad global fue del 14,41%, y de ésta el 21,05% se produjo en las primeras 48 horas. Si excluimos los éxitos acaecidos en las primeras 48 horas, la mortalidad fue de 10,1%. La estancia media de los fallecidos fue de $11,10 \pm 6,2$ días. Las causas de muerte más importantes fueron Insuficiencia Cardíaca/Shock (25%); Infección/Sepsis (23,68%); Neumonía (22,37%); Neoplasias/Metástasis múltiples (14,47%) y ACV (7,89%). Un porcentaje extraordinariamente alto (87,3%) de los éxitos pudo clasificarse como "Muerte Evitable" según los criterios de Rutstein (N Eng J Med 1976; 294:582-8), tanto en "evitables por prevención" como en "evitables con tratamiento". A su vez, los éxitos Secundarios a Problemas Hospitalarios (ESPHs) representan un 30,2% del total de las muertes, con las siguientes causas: Infección Nosocomial (17,1%); Broncoaspiración (7,89%); Omisión/Demora Tratamiento (2,63%); Por Técnicas Diagnósticas/Terapéuticas (2,63%); Causas Organizativas/Estructurales (0%).

DISCUSIÓN

Nuestros datos de mortalidad bruta y ajustada tras eliminar los éxitos producidos en las primeras 48 horas son superponibles a los de la literatura. Sin embargo, al revisar las causas de muerte de nuestros pacientes y compararlas con las de otros trabajos (la mayor parte analizando datos de hospitales completos y no de servicios independientes), encontramos que en nuestros éxitos hay un porcentaje mucho mayor de Mortalidad Evitable. Evidentemente, ello se debe a que nuestros pacientes están muy deteriorados (por pluripatología y años), y con un alto porcentaje de ingresos indebidos (casi la totalidad de los que fallecen en las primeras 48 horas), que se benefician poco o nada de la atención hospitalaria. Los porcentajes de ESPHS son semejantes a los encontrados por otros autores. En consecuencia, pensamos que en los hospitales con especialidades médicas, los índices de Muerte Evitable, como indicador de calidad asistencial y de la intervención hospitalaria, no son aplicables en Medicina Interna.

CONCLUSIONES

En hospitales de especialidades, Medicina Interna se nutre de pacientes por "rebosamiento" de las especialidades o por la pluripatología y situación clínica de los pacientes. En consecuencia, Medicina Interna ingresa a pacientes especialmente graves, en muchas ocasiones moribundos, por lo que la utilización de determinados índices de calidad (especialmente los de Muerte Evitable) está claramente sesgada.

G-05 UNIDAD DE ESTABILIZACIÓN CLÍNICA. OBJETIVOS CUMPLIDOS

M. Rodríguez Hernández¹, M. Nieto², R. Parra², C. Palacios¹, J. Herrera¹, M. Ollero², J. Cuello², F. Murillo¹

¹Cuidados Críticos y Urgencias, ²Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.

OBJETIVOS

La Unidad de Estabilización Clínica (UEC) del HUVR es desde el 1 agosto 2006 una Unidad conjunta entre la Unidad Clínica de Atención Médica Integral (UCAMI) perteneciente al servicio de Medicina Interna, y el SCC y Urgencias. El criterio general de ingreso en esta Unidad es la necesidad de estabilización clínica sin precisar de estudios complejos y/o alta presumible en menos de 72 horas. El objetivo de este trabajo fue realizar un estudio descriptivo de los ingresos realizados en la UEC en los seis primeros meses de trabajo conjunto (1 agosto 2006 a 31 enero 2007).

MATERIAL Y MÉTODOS

Se ha utilizado la información almacenada en la base de datos de la UEC y la obtenida del Servicio de Documentación Clínica del Hospital. La información es introducida a diario en la base de datos de la UEC por una administrativa y bajo la supervisión facultativa. Se realiza análisis descriptivo de los datos.

RESULTADOS

La UEC se encuentra inmersa en un área de Medicina Interna que dispone de camas de hospitalización convencional y consultas de alta resolución, esto facilita la continuidad asistencial. Un ejemplo de ello son la programación de reingresos, los procesos diagnósticos en Unidad de Día y consulta de alta resolución, atendidos por el mismo facultativo. La UEC está compuesta por dos facultativos especialistas en MI pertenecientes a cada servicio integrante y por una administrativa a tiempo parcial. La actividad clínica se realiza de lunes a viernes en horario de mañana. Los fines de semanas y festivos queda a cargo del equipo de guardia de MI. La posibilidad de altas los fines de semanas depende de la disponibilidad del médico de guardia y en cualquier caso los informes de alta quedan parcialmente elaborados por los facultativos de la UEC. La UEC tiene a su cargo 12 camas situadas en la planta de hospitalización de la UCAMI. En el período de estudio el nº ingresos fue de 542 pacientes procedentes en el 92% del S. de urgencias (102 de puerta, 203 de observación y 253 de sala de tratamientos cortos) y el 8% restante de la UCAMI y otros servicios. El número de ingresos inadecuados fue de 46 (8,4%). La edad media fue de 73,86 años. El nº de altas fue de 538, de ellas 424 (79%) a domicilio, traslados a MI 49 (9%), a otros servicios 29 (5%) y éxitus 36 (7%). La estancia media para los pacientes con alta a domicilio fue de 3,34 días y para el total de 3,14 días. El índice de rotación de camas fue del 7,52. El número de reingresos fue de 61 (13,4%), de ellos 54 (11,8%) procedentes de urgencias y 7 (1,5%) programados. Los diagnósticos más frecuentes fueron angor (GRD 140), insuficiencia cardiaca (GRD 127) y EPOC (GRD 541).

DISCUSIÓN

La UEC es una nueva alternativa a la hospitalización convencional para pacientes con enfermedades crónicas que no precisen estudios complejos y que requieran ingreso hospitalario para estabilización clínica así como para otro tipo de patologías cuyo ingreso se prevea menor de 72 h. En todos los casos debe de garantizarse la continuidad asistencial extrahospitalaria si lo precisa. Un equipo de facultativos motivados asignados a esta tarea concreta y sin mayor asignación de recursos es capaz de conseguir los objetivos sin sobrecargar al resto del servicio.

CONCLUSIONES

El objetivo fundamental de la Unidad, estancia media 72 horas, se ha logrado en los primeros seis meses de trabajo conjunto con una aceptable tasa de reingresos. Por otro lado representa una importante aportación dentro de un modelo de continuidad asistencial el que las unidades de estancias cortas estén dentro de un servicio de Medicina Interna que permita la transferencia de pacientes para permitir completar el seguimiento hospitalario y extrahospitalario. Es preciso realizar estudio comparativo con el resto de la UCAMI para conocer el verdadero valor de los resultados y como influye este tipo de Unidad en el resto del servicio de MI.

G-07 ACTIVIDAD DEL HOSPITAL DE DÍA MÉDICO EN UN HOSPITAL COMARCAL

R. Moya Benedicto, J. Villar Jiménez, J. Sánchez Lora, A. Pedrajas Ortiz, P. Macías Mir, M. García Ordóñez

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

OBJETIVOS

Analizar la actividad y producción del hospital de día médico en un hospital comarcal desde su creación hasta la actualidad, evaluando parámetros de eficiencia.

MATERIAL Y MÉTODOS

Análisis descriptivo de la actividad del hospital de día médico durante el periodo 1 de abril de 2005 al 30 de marzo de 2007 (3 años). El hospital de día dispone de 12 camas y 8 sillones, con actividad en días laborables. La asistencia de los pacientes se realiza en base a un protocolo de derivación previamente establecido. Se ha analizado la base de datos del hospital de día que recoge variables demográficas y clínicas, así como de los procedimientos realizados.

RESULTADOS

Se han incluido 2353 casos atendidos en el hospital de día durante el periodo de estudio. La edad media fue de $61,9 \pm 17,1$ años (rango:14-95), siendo el 49,8% varones. El 43,7% fueron primeras visitas y el 50,2% sucesivas. En el primer año se atendieron 671 casos con un incremento anual en años sucesivos del 10,7% (743) y 26,4% (939). La procedencia fue: 44,2% del área de hospitalización de Medicina Interna; 12,6% del área de urgencias; 6,2% de Atención Primaria; el resto de otros servicios del hospital. El motivo de asistencia fue: procedimiento terapéutico 38,2%; técnica diagnóstica 30,1%; evaluación clínica 31,7%. Las patologías más frecuentes fueron: neoplásica 23,6%; anemia 17,7%; digestiva 17,1; infecciosa 8,5%. Hubo diferencias significativas ($p < 0,05$) en los grupos patológicos según la procedencia: aquellos que procedían de urgencias predominaban patología infecciosa (17,8%); en los pacientes derivados desde Atención Primaria predominaban las patologías endocrinológicas y neurológicas (24,1% y 17,9%, respectivamente); la patología infecciosa y cardiológica fue más frecuente (12,6% y 13,7% respectivamente) en los pacientes que procedían de planta de hospitalización de Medicina Interna, mientras que en pacientes derivados desde otros servicios del hospital predominaba la patología digestiva. Mientras que a los pacientes con patología infecciosa se les realizó mayoritariamente evaluación clínica (81,9%) a los pacientes con patología neoplásica o anemia se les realizó preferentemente procedimiento terapéutico (55,8% y 83,9% respectivamente) y a pacientes con patología digestiva principalmente técnica diagnóstica (55,2%). Los procedimientos terapéuticos más frecuentes fueron: 52,8% terapia hierro iv; 10,6% quimioterapia. Las técnicas diagnósticas más frecuentes fueron: 43% pruebas de imagen radiológicas; 12,5% endoscopias digestivas; 8,7% biopsias hepáticas percutáneas. Del total de pacientes que procedían del área de hospitalización convencional de Medicina Interna, 405 (39%) fueron altas precoces, sin que hubiera diferencias significativas entre los grupos patológicos. En el 19,3% (453) del total de los casos se estimó que se había evitado la hospitalización convencional. Un total de 43 pacientes (1,8%) precisaron ingreso en hospitalización convencional.

CONCLUSIONES

El hospital de día médico supone una alternativa asistencial eficiente a la hospitalización convencional en los hospitales comarcales puesto que favorece la accesibilidad y la continuidad asistencial. Promueve una asistencia coordinada, ágil y ambulatoria sin los perjuicios del ingreso ni la prolongación de la estancia hospitalaria.

G-09 RELACIONES IMPOSIBLES O PACIENTES DE ALTA PRIORIDAD: FALLO RESPIRATORIO, FALLO CARDÍACO, DIABETES

E. Salguero, V. Navarro, M. D. Manjón, N. Marín-Gámez, G. Gutiérrez-Lara, A. Rodríguez, F. Jódar, M.D. Almenara

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

OBJETIVOS

Una cuarta parte de los pacientes médicos tienen más de 4 enfermedades crónicas, consumen 3/4 partes de los recursos y se enfrentan al último cuarto de su vida. El ingreso hospitalario es una excelente oportunidad para obtener información sobre parte de este subgrupo complejo y potencialmente mortal de enfermos pluripatológicos que permita orientar iniciativas de asistencia diferenciada.

MATERIAL Y MÉTODOS

Los pacientes y los métodos. Trabajamos como Unidad de Gestión Clínica en un complejo hospitalario del grupo I (>600 camas) y lo hacemos en tres centros; atendemos 140 camas, 5 consultas. El grupo de profesionales es multidisciplinar. No menos del 75% de los ingresados sufren 4,5 condiciones médicas crónicas. Edad media de 69 años (38-97), mediana de 72 años (población netamente anciana); leve predominio de varones (53%). Fueron incluidos 460 pacientes ancianos frágiles y dependientes, índice de Barthel (<60), de nuestra cohorte de pluripatológicos con PACs (683 pacientes a fecha de abril 07; 52% mujeres; 69,77 años de media (39-103) que sufrían esta tríada que hemos denominado "relaciones imposibles". Protocolo estructurado para datos con ítems directos y cuatro adicionales: relación de diagnósticos, valoración cognitiva o de las funciones mentales superiores (punto de corte Pfeifer>4), reingresos y mortalidad. La estadística es descriptiva. El diseño corresponde a una investigación evaluativa de base clínica efectuada en escenario real. Esta investigación Respeta la Ley de Igualdad en la autoría y reparto de tareas.

RESULTADOS

Tendencia central global: 13 asistencias médicas/año, 9 citas ambulatorias, 4 ingresos/año, >7 fármacos/día, >50 prescripciones/año (es decir una receta/semana y 450e fármacos/año, estimado. En el subgrupo de 460 pacientes con "relaciones imposibles" la tasa de reingresos fue tres veces la norma de la UGC (8,4% v 2,73), la mortalidad registrada durante el proceso índice superior a la de la UGC en un punto. EPOC, ICC y Diabetes tipo II-con grado variable de enfermedad vascular- estaban presentes en el 68% de los casos de los pacientes pluripatológicos y es la tríada más común -con diferencia- en las epícrisis. Los afectos de EPOC sufrían un hándicap, dado que el 95% mostraban, además, ICC -no sólo derecha- o diabetes de difícil control -no sólo por efecto esteroide. Diversos tipo y grados de deterioro cognitivo concurrían en el 25%.

DISCUSIÓN

El perfil de esta cohorte es un perfil de "alta complejidad". Estos pacientes deberían ser, coherentemente, "de alta prioridad", y podrían tener un tratamiento diferenciado dentro del proceso asistencial integrado (PAI) que en Andalucía denominamos pluripatológicos. Los objetivos, a nuestro juicio, siguen siendo: 1) mejorar la alianza terapéutica y la calidad de prescripción, adecuando las prácticas clínicas a lo razonablemente probado, en tanto se intensifica la doble vacunación gripe/pneumoco. 2) promocionar la educación sobre cuidados, la fisioterapia y potenciar el protagonismo enfermero, reforzando tanto el trabajo multidisciplinar como la asistencia comunitaria. 3) reducir estancias innecesarias en ingresos no programables. 4) reducir periplos a diferentes consultas que no aporten valor añadido ofertando una consulta integradora que establezca relaciones interpersonales significativas y 5) ayudar a los pacientes y familiares a evitar complicaciones costosas y debilitantes y a preparar y anticiparse ante el futuro (directivas avanzadas incluido y escenarios probables inferiores a 5 años).

CONCLUSIONES

No sabemos con certeza si estos objetivos reducirán los costes, o si serían bien recibidos, pero, en todo caso, parecen necesarios, quizá adecuados, en un futuro de cambio sociodemográfico progresivo. El internista estuvo "alguna vez" orientado hacia "la enfermedad aguda". Ahora se impone un cambio de diseño, una reingeniería que logre dar respuesta a una cohorte poblacional creciente: los enfermos crónicos de alta prioridad, con relaciones, digamos, imposibles...

G-10 ESTUDIO PROSPECTIVO DE LOS INMIGRANTES INGRESADOS EN PLANTA DE MEDICINA INTERNA (2004-06)

F. Laynez Bretones, P. Carrillo Alascio, J. Pérez Serrano, A. Corrales Torres, J. Baena Delgado, F. Carrasco Miras, B. Martín Revellés, J. Pascual Lledó

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

OBJETIVOS

Describir las características de la población inmigrante ingresada en la planta de Medicina Interna de nuestro hospital entre los años 2004 y 2006.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio prospectivo desarrollado en el Servicio de Medicina Interna del Hospital La Inmaculada (Huércal-Overa, Almería) durante los años 2004 a 2006. En el periodo referido, 4.656 pacientes ingresaron a cargo de Medicina Interna, de los cuales 921 (19,8%) eran inmigrantes.

RESULTADOS

El 59% de los inmigrantes eran varones, y su edad media fue de 61 años. La documentación aportada mostraba en el 44% residencia habitual o contrato de trabajo en España. La procedencia más común fue el Reino Unido (51%), seguido de Sudamérica (22%). El 67% procedía de regiones desarrolladas. Los meses de mayor número de ingresos fueron los de primavera y otoño. El 81% de ellos procedía de urgencias y el 13% de la UCI. El diagnóstico más frecuente fue la cardiopatía isquémica (21%). La estancia media fue de 7,7 días (2,9 días menos que la media del Servicio). El 88% de los pacientes fue dado de alta, y el 5% falleció.

DISCUSIÓN

Se aprecian dos grupos claramente diferenciados de inmigrantes que ingresan en nuestro Servicio: 1) Por un lado, los procedentes de países desarrollados, fundamentalmente Reino Unido; presentan una edad y una patología similar a la de la población española. 2) Por otro, los procedentes de países en vías de desarrollo, fundamentalmente Ecuador; presentan una edad inferior a la española y una patología diferenciada. Es llamativo que sólo el 44% de los inmigrantes demostraron residencia habitual o contrato de trabajo en España, lo que repercute sobre la financiación del ingreso. La patología más frecuente fue la cardiopatía isquémica, lo que influyó en que la estancia media de los inmigrantes fuera más baja que la global del Servicio.

CONCLUSIONES

1. El 20% de los pacientes ingresados en nuestro Servicio son inmigrantes.
2. Menos de la mitad demostraron residencia habitual o contrato de trabajo en España.
3. La mitad procedían del Reino Unido.
4. El diagnóstico más frecuente fue la cardiopatía isquémica.



Insuficiencia Cardíaca (IC)

IC-01 VALORACIÓN DE ENFERMOS CON IMPLANTACIÓN DE UN RESINCRONIZADOR VERSUS RST-DAI

J. Prado Mediano, P. Sosa Rojas, E. García González, M. Del Castillo Madrigal, J. Romero Clemente, E. Ramírez Ortiz, M. Romero Jiménez, A. Benavente Fernández

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

OBJETIVOS

La insuficiencia cardiaca congestiva (ICC) es una enfermedad altamente prevalente y grave donde las únicas posibilidades terapéuticas que teníamos era la dieta y medicación. Hoy en día tenemos otras posibilidades de tratamiento como es el dispositivo de resincronización (RST). Estos dispositivos intentan mejorar la ICC resistente a la medicación y a la presencia de otras complicaciones que empeoran aun mas la capacidad de bombear sangre apropiadamente. En estos casos se valora la utilización de este dispositivo denominado (RST) que frecuentemente va asociado en el mismo dispositivo a un desfibrilador automático implantable (DAI). INDICACIONES DEL RST: ICC con clase NYHA II a IV, miocardiopatía dilatada (ideopática o isquémica), FE <35%, BCRIHH, QRS >130-150 mls, asincronía ventricular. INDICACIONES DAI: Parada cardiorespiratoria resucitada (PCR) por fibrilación ventricular (FV) o taquicardia ventricular (TV) debida a causa no reversible. TV sostenida en paciente con cardiopatía estructural. Sincope de causa desconocida con inducibilidad en estudio electrofisiológico (EEF) de TV o FV. TV sostenida en pacientes con infarto antiguo y disfunción ventricular con inducibilidad en EEF. TV sostenida sin cardiopatía rebelde a tratamiento medico convencional. Nos planteamos valorar deforma indirecta, si la utilización de un RST mejora la calidad de vida en estos pacientes, la capacidad funcional y de autonomía según la NYHA antes y después de implantar el dispositivo RST.

MATERIAL Y MÉTODOS

41 pacientes de la provincia de Huelva que durante el año 2006 se les ha implantado un RST o RST-DAI. Entrevistamos telefónicamente a los pacientes, interrogándoles sobre su capacidad funcional, y autonomía de vida, después del implante y comparándola con la (NYHA) previamente detallada en la historia clínica.

RESULTADOS

DATOS PRELIMINARES: 41 pacientes de los cuales 32 son hombres que representan el 78% y 9 mujeres que representan 22%. éxitus hasta el momento 1 que representan el 3,3%, siendo un varón. 9 casos sin obtención de datos. Edad media de los varones 70 a. Edad media de las mujeres 68,6 a. Datos complementarios: HTA 19 casos. Dislipemias 15 casos. DM II 12 casos. Cardiopatía Isquémica con Coronario grafías patológicas 20 casos. BCRIHH 12 casos. Miocardiopatías dilatadas 20 casos. (1 enólica, 1 ideopática y 18 isquémicas.) FE <30% 18 casos, FE<20% 4 casos, FE<39% 7 casos. De los 29 pacientes encuestados que representan 71% : NYHA II antes del implante. 4 casos que representan el 13,7% (2 por síncope y miocardiopatía dilatada y 2 PCR con BCRIHH). NYHA III antes del implante. 19 casos que representan el 65,5%. (14 miocardiopatía dilatadas con FE <35%, 5 BCRIHH. NYHA IV. Antes del implante 6 casos que representan el 20,6%. (6 miocardiopatías dilatadas con FE <20% y <30% y BCRIHH. ENCUESTA TELEFÓNICA DESPUÉS DEL IMPLANTE: NYHA II. 25 casos que han mejorado sorprendentemente. 86,2%. NYHA III. 2 casos que persiste su clase funcional. 6,8% NYHA IV. 2 casos que se han agravado 6,8%. Síncopes no se han vuelto a repetir. éxitus 2 casos que antes estaban en clase IV y representan 6,6% siendo varones también.

CONCLUSIONES

La RST puede mejorar la clase funcional, comprobándose una mejoría de la clase funcional SIGNIFICATIVA en el 86% de los encuestados, siendo el grupo que más se benefició del implante, el de pacientes con una clase funcional (NYHA) previa de III y FE <30%, BCRIHH. La mejoría sintomática expresada subjetivamente por los pacientes que más destacan es la disminución de la disnea, poder caminar más tiempo y disminución de necesidad de acudir al servicio de urgencias desde que tienen el RST-DAI. Los datos en nuestra serie coincide con los resultados del estudio PATH-CHF II (Pacing Therapies in Congestive Heart Failure II Study) probando que la RST tiene efectos hemodinámicas agudos favorables en aquellos pacientes con QRS >150; aportando calidad de vida.

IC-02 RELACIÓN ENTRE INSUFICIENCIA CARDIACA Y PATRÓN DE COMPORTAMIENTO NOCTURNO DE LA TENSIÓN ARTERIAL

A. Lozano Rodríguez-Mancheño, B. Cortés Rodríguez, M. Montero Pérez-Barquero, L. Núñez, J. Ampuero Ampuero

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

OBJETIVOS

Evaluar mediante la realización de monitorización ambulatoria de presión arterial (MAPA), los patrones de comportamiento nocturno de la tensión arterial y su relación con distintas variables recogidas en el estudio. Analizar las características basales, factores de riesgo cardiovascular (FRCV), enfermedad cardiovascular y cálculo de RCV en una muestra de pacientes diagnosticados de hipertensión arterial en seguimiento en una consulta de Medicina Interna.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo transversal, seleccionando de forma secuencial 177 pacientes diagnosticados de hipertensión arterial (HTA) según criterios de la OMS ($TAS \geq 140$ y/o $TAD \geq 90$ mm Hg), en seguimiento en las consultas externas de Medicina Interna de nuestro hospital, a los que se les solicita una MAPA. Se registraron: Motivo de la MAPA, género, edad, índice de masa corporal (IMC), perímetro abdominal, años de evolución de HTA, diagnóstico de insuficiencia cardíaca, lesión de órgano diana, FRCV (diabetes mellitus, tabaquismo, dislipemia), antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular precoz, y tratamiento antihipertensivo. A cada paciente se le realizó una MAPA de 24 horas de duración mediante el sistema Space Labs® Mod 90207 (USA). El cálculo del RCV global de cada paciente se realizó utilizando tablas de la OMS/ISH. Se realizó un análisis descriptivo y bivalente mediante la T de Student o Chi-cuadrado según las variables fueran cuanti o cualitativas mediante el paquete estadístico SPSS 11.0E.

RESULTADOS

Nuestra muestra consta de 107 mujeres (60,5%) y 70 hombres (39,5%), con una edad media de 58,37 años y 6,09 años de evolución de la HTA. El índice de masa corporal medio fue de 29,98 Kg/m² y 97,26 cm de perímetro abdominal medio. El 52% seguía tratamiento con al menos 2 fármacos hipotensores y hasta el 12,4% recibía 4 o más medicamentos. El motivo de realización del MAPA fue la valoración de la eficacia del tratamiento en un 48,6%. Se detectaron un 18,1% de fumadores, 16,9% de diabéticos y 47,5% diagnosticados de dislipemia. El 17,5% se encontraba en situación de prevención secundaria de ECV y un 8,5% presentaba lesión de órgano diana. 15 de los voluntarios (8,5% de la muestra) estaban diagnosticados de insuficiencia cardíaca sintomática. En cuanto a distintos patrones de comportamiento nocturno de la presión arterial, el 51,4% de nuestra población eran no reductores durante el descanso (37,3% non-Dipper y 15,3% Riser o elevadores). Con estos datos, el RCV calculado fue elevado o muy elevado en un 38,4% de la muestra. En el análisis bivalente, tras eliminar los 10 estudios no válidos, los voluntarios con patrón no reductor tenían mayor edad que los reductores ($60,45 \pm 14,28$ vs. $55,42 \pm 12,99$, $p=0,014$, T-Student). Se encontró una relación entre el diagnóstico de insuficiencia cardíaca y el patrón de comportamiento nocturno de la tensión arterial (Chi-Cuadrado, $p=0,005$), así el 86,7% de los pacientes con insuficiencia cardíaca tuvieron patrón no reductor frente al 49% de los que no tenían insuficiencia cardíaca. Fueron mayores en el grupo sin insuficiencia cardíaca los niveles de TAD en 24 horas ($78,59 \pm 10,69$ vs. $67,85 \pm 12,64$, $p=0,005$, T-Student) y en el periodo de actividad ($81,00 \pm 10,82$ vs. $68,99 \pm 11,86$, $p=0,002$, T-Student), igualándose en el periodo de descanso.

CONCLUSIONES

La muestra de nuestro estudio presenta un porcentaje alto de no reductores de la tensión arterial durante el descanso nocturno, estando este hecho asociado al diagnóstico de insuficiencia cardíaca. Todo ello obliga a tomar decisiones de adaptación horaria y optimización del tratamiento antihipertensivo por lo que creemos de utilidad la realización de MAPA en esta población de pacientes.

IC-03 PRECIPITANTES DEL INGRESO HOSPITALARIO POR AGUDIZACIÓN DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA CON FEVI PRESERVADA

J. González Nieto, F. Carrasco Sánchez, I. Páez Rubio, J. Rodríguez Sánchez, F. Muñoz Beamud, E. Pujol de la Llave

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

OBJETIVOS

La IC con fracción de eyección (FEVI) conservada es la forma clínica más frecuente de presentación con una prevalencia estimada en nuestro centro del 69,3%. Dado este importante volumen de pacientes nos planteamos estudiar la causas que precipitan el ingreso hospitalario por agudización clínica y conocer las características clínicas de nuestros pacientes para mejorar la práctica asistencial en nuestra Unidad de Gestión.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se estudiaron una serie de pacientes con clínica de agudización de IC que obligó a realizar un ingreso en nuestra Unidad durante los meses de Marzo y Abril de 2007, dónde una ecocardiografía practicada mostraba FEVI>50%. El criterio de selección fue la asignación a 3 facultativos de diferentes áreas de hospitalización durante este periodo. Posteriormente realizamos un análisis descriptivo de las variables clínicas y de laboratorio recogidas, con especial atención a las causas precipitantes como objetivo primario.

RESULTADOS

Se estudiaron a 40 pacientes con una edad media de 73,78 años (DS 7,24), de los que el 62,5% fueron mujeres. FRCV (HTA 87,5%, DM 50%, HC 40%, Obesidad 30% con un IMC Me 29,06 [22,87-39,86]). El análisis de los FACTORES PRECIPITANTES DE INGRESO: Infecciones (especialmente respiratoria) 27,5%, FA rápida 20%, anemia severa 15%, emergencia hipertensiva 12,5%, isquemia miocárdica 12,5%, en otras causas (mala adherencia terapéutica, valvulopatías y bradiarritmias). El 95% de los pacientes estaban en clase funcional II o III. La etiología de la IC fue cardiopatía hipertensiva (52,5%), hipertrófica (12,5%), Isquémico-hipertensiva(12,5%) e HTPulmonar (10%). Sin embargo, hasta el 32,5% tenían algún grado de HTPulmonar. Entre las causas de precipitación más habituales encontramos una incidencia de FA (57,5%) y anemia (60%) con Hb media de 11,14 g/dl en hombres y 9,95 g/dl en mujeres. En el estudio de la función diastólica los pacientes tenían un patrón de llenado mitral con déficit de relajación en el 22,5% (todos los pacientes en FA el patrón fue monofásico). Un dato importante que incluimos fue la presencia de QRS ancho (22,5%). La FC al ingreso se distribuyó con una Me 84 [40-156]. Hasta el 37% de nuestra serie tenía algún grado de insuficiencia renal. Los pacientes permanecieron ingresados una media de 9,88 días (DS 6,37), al ingreso tenían unos niveles de NT-proBNP con una Me 2102 mc/dl [277-21881]. En el análisis de dependencia encontramos un Barthel Me 100[60-100] y para la comorbilidad un Charlson 4 [2-8]. Uno de nuestros pacientes falleció durante el ingreso.

DISCUSIÓN

Entre las causas precipitantes de la agudización se encuentran las clásicas conocidas, siendo la infección respiratoria la más frecuente. Aunque sobre esta no podemos actuar de forma directa, no cabe duda que el control de la FC de los pacientes con FA crónica y el diagnóstico y tratamiento de la anemia (teniendo en cuenta que hasta el 40% de nuestros pacientes no recibían ningún tipo de tratamiento) deberían tener un importante impacto en la reducción de los ingresos hospitalarios. Entre los aspectos secundarios nos gustaría destacar el importante número de pacientes con IMC>30 y con insuficiencia renal aunque esta era leve (y sólo un paciente desarrolló síndrome cardiorenal). En este sentido el acortamiento al menos de la estancia media de este grupo de pacientes es un objetivo de nuestra Unidad para el segundo semestre del presente año.

CONCLUSIONES

Los precipitantes de la agudización de IC en nuestra serie son concretos, reconocibles y nada dispersos. La actuación activa sobre el control de la FC en la FA, el tratamiento de la anemia y el adecuado manejo de la presión arterial deberían tener un importante impacto en la reducción de ingresos hospitalarios. El compromiso de alguna manera de la función diastólica nos consume recursos y estancias hospitalarias no despreciables.

IC-04 MORBILIDAD DE LOS PACIENTES CON REINGRESO HOSPITALARIO POR INSUFICIENCIA CARDIACA

V. Rodríguez Martínez, S. López Palmero, P. Mirón Trigueros, A. Lazo Torres, L. León Ruiz, I. Reche Molina, B. Cervantes Bonet, F. Diez García

Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Torrecárdenas. Almería.

OBJETIVOS

El objetivo de este estudio es conocer las características clínicas y comorbilidad de los pacientes que reingresan con el diagnóstico de IC.

MATERIAL Y MÉTODOS

Evaluación de los informes de alta hospitalaria con diagnóstico de IC (códigos 428, 428.0, 428.1, 428.2, 428.3, 428.4, 428.9, según la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-9 5ª edición enero 2006) emitidos en el Servicio de Medicina Interna del C.H. Torrecárdenas, Almería, en el período comprendido desde 01/01/2004 al 31/12/2006. Reingreso precoz: aquel ingreso con diagnóstico de IC que tuvo lugar en los primeros 30 días tras un alta hospitalaria previa con diagnóstico de IC.

RESULTADOS

Se emitieron 557 informes de alta con diagnóstico de IC, registrándose 53 reingresos. Edad: <65 años (3,8%). 65-80 años (58,5%). >81 años (37,7%). Sexo: Varón (41,5%). Mujer (58,5%). Reingreso precoz: 56%. Estancia media: 13,4 días (rango 3-62). Motivo del reingreso hospitalario (diagnóstico principal): IC (52,8%). Infección Respiratoria (30,2%). Arritmias (7,5%). Angor/IAM (3,8%). Otras (5,7%). Índice de Charlson: Ch=1. (5,7%). Ch=2. (18,9%). Ch \geq 3 (75,5%). Tratamiento médico habitual (previo al reingreso hospitalario): IECAs o ARA-II (83%). β -bloqueantes (26%). Diuréticos de asa/tiazidas (98%). Antialdosterónicos (41%). Digoxina (49%). Anticoagulación en pacientes con fibrilación auricular (76%). Etiología de la IC: Isquémica (43,4%). No Isquémica (56,6%). Grado Funcional NYHA: II (21%). III (51%). IV (28%). Disfunción sistólica de VI (FE <45%): 39%.

CONCLUSIONES

1. Elevado índice de Reingreso Precoz (56%).
2. Estancia media considerable.
3. Comorbilidad elevada (Índice de Charlson \geq 3, 75,5%).
4. Baja proporción de pacientes con β -bloqueantes en su esquema terapéutico habitual de IC.
5. Alto porcentaje de IC con función sistólica de VI preservada (61%).



IC-05 VARIABLES DE ASOCIACIÓN A LA ESTANCIA MEDIA HOSPITALARIA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA Y FEVI PRESERVADA

I. Páez Rubio, F. Carrasco Sánchez, J. González Nieto, F. Muñoz Beamud, J. Rodríguez Sánchez, E. Pujol de la Llave

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

OBJETIVOS

Una vez que hemos estimado la prevalencia de ingresos por agudización de IC con función ventricular preservada (69,3%) en nuestra Unidad, nos preguntamos si podríamos predecir de algún modo el tiempo medio de ingreso hospitalario con la información que manejamos al ingreso. Así pues como objetivo primario nos propusimos conocer la relación con las causas precipitantes de la agudización y con los valores de NT-proBNP al ingreso. Como objetivos secundarios analizamos otras variables de uso cotidiano en la práctica clínica.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudiamos una serie de 40 pacientes con clínica de agudización de IC durante los meses de Marzo y Abril de 2007, dónde una ecocardiografía determinó que la FEVI>50%. El criterio de selección fue la asignación aleatoria a 3 facultativos de diferentes áreas de hospitalización. Para el análisis de las estancias medias en las principales causas de la agudización se utilizaron test no paramétricos para comparar varias medias (Kruskal-Wallis) y para los niveles de Pro-BNP Regresión Lineal. Así mismo para el resto de las variables como objetivo secundario los test pertinentes para comparar medias.

RESULTADOS

Se obtuvo una muestra de 40 pacientes (edad media 73,78 años), la estancia media global fue de 9,88 días (DS 6,37). Entre las causas precipitantes más frecuentes detectadas en el momento del ingreso: Infecciones (8,36 días), FA rápida (12,22 días), anemia (8,76 días), emergencia hipertensiva (12,40 días) e isquemia miocárdica (5,60 días). La media de los niveles plasmáticos de NT-proBNP fueron 4336 pg/ml (Me 1821[277-21881]). En el análisis inferencial no encontramos asociación estadística entre la estancia media y la causa de la agudización (aceptándose la hipótesis de no igualdad: p 0,15). Del mismo modo el estudio de correlación lineal entre los niveles plasmáticos de NT-proBNP al ingreso y los días de estancia media no determinaron una asociación significativa. Para los objetivos secundarios estudiamos la relación entre las estancias medias de diferentes variables dicotómicas tales como: HTA, DM, Hipercolesterolemia, obesidad, FA, insuficiencia renal, hipertensión pulmonar y anchura del QRS. Sólo para la DM (p 0,003) y la I renal (p 0,03) pudimos afirmar que la estancia media fue diferente (más prolongada en estos subgrupos). Del mismo modo ni la edad ni del índice de comorbilidad de Charlton mostraron correlación. Sin embargo el índice de dependencia de Barthel sí estaba al borde de la significación (p 0,06).

DISCUSIÓN

Así pues con los datos que se dispone al ingreso es difícil estimar el número de días de hospitalización. Sin embargo, podemos comentar algunas consideraciones: en principio los diabéticos y los pacientes con algún grado de deterioro de la función renal van a necesitar más días de estancia hospitalaria, y posiblemente los que tengan más dependencia (ello probablemente sea debido a la mayor resistencia al alta por parte de la familia). Otro dato que nos parece interesante es el hecho de que el valor aislado de los niveles de NT-ProBNP al ingreso (en pacientes sin dudas diagnósticas) como predictor de complicaciones inmediatas que obliguen a una mayor estancia hospitalaria no parece necesario si no va unido a una segunda determinación para ver la respuesta al tratamiento, por lo que su uso rutinario no estaría indicado si no podemos garantizar un seguimiento posterior. Aunque no existen diferencias, llama la atención como las infecciones respiratorias y el control de la anemia (transfusión sanguínea) tienden a concluir el ingreso antes.

CONCLUSIONES

Con la información rutinaria que manejamos al ingreso no podemos estimar de forma objetiva la estancia media de nuestros pacientes. Sin embargo, deberíamos mostrar especial atención a los diabéticos y a los pacientes renales. No debería de realizarse una determinación de NT-proBNP en pacientes sin dudas diagnósticas de forma rutinaria si no se puede garantizar al menos un segundo análisis y un seguimiento posterior de los enfermos.

IC-06 MORBI/MORTALIDAD EN PACIENTES GERIÁTRICOS CON INSUFICIENCIA CARDÍACA

B. Escolano Fernández, R. Fernández Ojeda, A. Valiente Méndez, J. Serrano, M. Soriano, I. Marín Montín, J. Rubio Rubio, D. Aguayo Canela

Servicio de Medicina Interna A. Complejo Hospitalario Virgen Macarena. Sevilla.

OBJETIVOS

Evaluar el valor pronóstico de las concentraciones de Hemoglobina (Hb) de los pacientes geriátricos ingresados por Insuficiencia Cardíaca (IC) en relación con la mortalidad y con los ingresos hospitalarios.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio prospectivo. Se recogen durante un periodo de 1 año (Enero-Diciembre de 2006) a todos los pacientes ingresados en el servicio, mayores de 65 años y con indicios de fragilidad clínica, y que cumplen los criterios clínicos de Framingham de IC. Se excluyeron aquellos con neoplasia sólida o leucemia. Se definió anemia como cifras de hemoglobina al ingreso inferiores a 12 g/dl. Se recogieron múltiples variables con información demográfica, características antropométricas, perfiles de síntomas y signos, analíticas y exámenes de imágenes, y datos sobre medicación y de atención sanitaria. Se ha utilizado el programa SPSS 13.0 y EPI-INFO 6.0 (para el cálculo de los intervalos de confianza exactos).

RESULTADOS

Se evalúa 115 pacientes, de los cuales 63 eran mujeres (54,8%) y 52 eran hombres (45,2%) La edad media fue de 76,97 años (rango: 65-97) La prevalencia global de anemia fue del 41,7% (48 pacientes) Observamos anemia en 27 mujeres (42,9% del total de mujeres) y en 21 hombres (41,2% del total de hombres) Reingresaron 64 pacientes (56,1%) por patología médica, de los cuales fallecieron 19 (16,7%) Del total de reingresos, el 53,1% de los pacientes tenían anemia, con lo que el presentar anemia aumentó de forma significativa el riesgo de reingresos y/o éxitus en la evolución del paciente (OR: 2,91; IC 95%: 1,31-6,41; $p=0,007$) Las causas de reingresos fueron las siguientes: 40% por IC congestiva, y el resto de ingresos obedecieron a diferentes causas, como síncope, anemia, fibrilación auricular, exceso de anticoagulación oral, infección respiratoria, cardiopatía isquémica, y cirugía reglada.

DISCUSIÓN

Este estudio muestra que la prevalencia de anemia en pacientes geriátricos con IC es alta, del 41,7%, habiéndose descrito en estudios previos una prevalencia global entre el 12 y el 49%, según las diferentes definiciones de anemia y según la población de estudio. La etiología de la anemia en la IC es multifactorial, y su presencia se relaciona con mayores tasas de reingresos, proponiéndose por diversos autores las cifras de hemoglobina en sangre como parámetro pronóstico en esta población. La Insuficiencia Renal y la anemia predicen independientemente un peor pronóstico y es efecto es aditivo, pero no multiplicativo, objetivando en nuestro estudio un riesgo de 2,91 veces mayor morbi-mortalidad en pacientes con anemia e IC. La elevada tasa de anemia detectada en este trabajo podría estar relacionada con la senilidad y la comorbilidad que caracterizan a nuestra cohorte, aunque el estudio, limitado por su pequeña potencia estadística, no permite sacar conclusiones en este sentido.

CONCLUSIONES

Encontramos evidencia de que la presencia concomitante de anemia e IC incrementa el riesgo de muerte y/o morbilidad entre pacientes geriátricos hospitalizados por IC. Serían necesarios más estudios que evaluaran el papel del tratamiento de la anemia en la IC con el fin de mejorar el pronóstico principalmente en una población de riesgo, como es la geriátrica.

Inflamación/Enfermedades Autoinmunes (IF)

IF-01 EFECTOS ADVERSOS DEL METROTEXATO EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE O PSORIÁSICA MAYORES DE 70 AÑOS

C. Manzano Badía¹, M. Prada², A. Escribano Dueñas³, R. Creagh Cerquera¹

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital General Juan Ramón Jiménez. Huelva.

²Medicina Familiar y Comunitaria. Área Hospitalaria Juan Ramón Jiménez. Huelva.

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

OBJETIVOS

La artritis reumatoide (AR) y la artritis psoriásica (AP) son patologías crónicas y relativamente frecuentes, con mayor incidencia en la quinta década de la vida. El metotrexate es un fármaco de uso frecuente en estas dos entidades, el cese de su prescripción está asociado más a reacciones adversas que a su falta de eficacia, siendo contraindicaciones relativas para su administración la existencia de alteraciones hepáticas, fallo renal, enfermedad pulmonar significativa o el abuso en el consumo de alcohol. Nos planteamos observar la eficacia y efectos adversos en pacientes mayores de 70 años, pluripatológicos, con múltiples tratamientos farmacológicos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Revisión de Historias clínicas de pacientes diagnosticados de AR y AP, en seguimiento en nuestro hospital, en tratamiento con metotrexate vía oral semanalmente.

RESULTADOS

La muestra la componen 40 pacientes (mujeres un 72,5% (29); artritis reumatoide un 92,5% (37). La dosis máxima de metotrexate fue de 25 mg/semanales, siendo la duración media en meses del tratamiento de 74,20 (desviación típica 50,3). Como medicación asociada, todos los pacientes tomaban suplementos de ácido fólico y AINES; glucocorticoides el 80% (32); Salazopyrina el 37,5% (15) y Sulfato de Hidroxicloroquina el 67,5% (27), la combinación de estos dos últimos simultáneamente se objetivó en el 32,2% (13). Datos de alteración de la función renal se objetivaron en el 10%; más de la mitad de los pacientes (58,3%) presentaron cifras de colesterol total mayores de 200 mg/dL; los valores medios de HDL-colesterol y LDL-colesterol fueron respectivamente 64,4 mg/dL y 125,3 mg/dL. Ningún paciente presentó cifras de GOT y GPT por encima del rango de la normalidad, estado alterada la GGT en el 5%. La toxicidad relacionada con el metotrexate se presentó en el 17,5% de los pacientes (7): aftas un 30% (2), herpes un 30% (2), neutropenia, bicitopenia y pancitopenia en un 15% (1) respectivamente. EL 42,2% (3) se encontraban en tratamiento concomitante, en el momento de la toxicidad, con Hidroxicloroquina y con Salazopyrina el 14,2% (1). En el 75% de los pacientes con alteración de la función renal, las dosis medias de metotrexato (8,3 mg/semanales) fueron inferiores a las del resto de la muestra; siendo la toxicidad en este grupo ligeramente mayor. Ningún paciente abandonó el tratamiento con metotrexate por toxicidad.

CONCLUSIONES

Se puede decir que el metotrexate constituye una medicación eficaz y segura en este tipo de pacientes; estando justificado reducir las dosis de mantenimiento en tratamientos prolongados con metotrexato en pacientes con alteración de la función renal.

IF-05 EXPERIENCIA SOBRE EL TRATAMIENTO CON IMATINIB EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR

R. Garrido Rasco, R. González León, E. Chinchilla Palomares, R. Colorado Bonilla, F. García Hernández, C. Ocaña Medina, M. Castillo Palma, J. Sánchez Román

Medicina Interna (Unidad de Colagenosis e Hipertensión Pulmonar). Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.

OBJETIVOS

Describir los resultados obtenidos con el tratamiento con imatinib en 3 casos de hipertensión arterial pulmonar (HAP) grave seguidos en nuestra unidad.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tres pacientes diagnosticadas de HAP en clase IV de la NYHA con escasa respuesta a terapia intensiva y mal pronóstico a muy corto plazo. En todos se había desestimado la septostomía y el trasplante pulmonar. La respuesta a imatinib se valoró según la mejoría clínica y funcional (grado de disnea, el test de la marcha en 6 minutos), y la presión arterial pulmonar sistólica (PAPs) determinada mediante ecocardiografía-Doppler (eco-D).

RESULTADOS

Tres pacientes (mujeres) diagnosticadas de HAP, siguiendo el protocolo de nuestra unidad, que incluye la realización de cateterismo cardíaco derecho. Caso 1: mujer de 52 años con HAP idiopática, diagnosticada 4 años antes, y síndrome poliglandular autoinmune. Tratada con prostanoides i.v. y adición sucesiva de sildenafil, bosentán e iloprost inhalado. Dada la persistencia de clase funcional IV con insuficiencia cardíaca derecha refractaria, incapacidad para test de la marcha y PAPs de 125 mm Hg, se añade imatinib 100 mg/12 h. A los 20 días la disnea era de clase III y la PAPs de 95 mm Hg. Al mes de iniciado este tratamiento fallece en insuficiencia cardíaca derecha, encefalopatía anóxica y bajo gasto cardíaco. Caso 2: mujer de 50 años con HAP asociada a esclerodermia e hipotiroidismo diagnosticada 3 años antes. Tratada con prostanoides i.v. y, posteriormente, con treprostinil s.c. al que se añadió bosentán, sildenafil e iloprost inhalado. En 2007 permanece en clase IV, en insuficiencia cardíaca derecha refractaria (anasarca, ascitis) con incapacidad para test de la marcha y PAPs 95 mm Hg. Se añade imatinib, 100 mg/12 h. Falleció a los 10 días por accidente cerebrovascular. Caso 3: mujer de 50 años. HAP asociada a síndrome de superposición LES/DM con componente tromboembólico y enfermedad de Graves controlada médicamente. Tratada durante 9 años con epoprostenol i.v. Se añadió progresivamente bosentán, sildenafil e iloprost inhalado. Empeora (clase funcional IV, en anasarca, con ascitis refractaria, incapacidad para test de la marcha y PAPs de 118 mm Hg). Se suspendió epoprostenol por infección de catéter central y, a primeros de diciembre de 2006, se añadió imatinib al tratamiento. Cinco meses después, está en clase III, sin edemas ni ascitis, con test de 6 min de 35 metros y la PAPs ha descendido a 75 mm Hg. (36,5%).

DISCUSIÓN

La HAP se caracteriza por una importante vasoconstricción junto a remodelado vascular con hipertrofia y proliferación desmesuradas de células musculares lisas. Los tratamientos actuales, con efecto vasodilatador, actúan mucho menos sobre el remodelado. Por ello, la HAP sigue presentando una gran morbimortalidad. Imatinib es un antagonista de los receptores del factor de crecimiento derivado de plaquetas (PDGF), principal factor implicado en el remodelado vascular característico de la HAP. La experiencia en este terreno es muy limitada. Exponemos 3 casos de HAP refractaria tratados con imatinib. Aunque solo en uno pudimos valorar la respuesta final, la PAPs se redujo un 36,5% en 2 meses y pasó de clase funcional IV a II-III. Los otros 2, muy graves, fallecieron sin que podamos relacionarlo directamente con el tratamiento.

CONCLUSIONES

Imatinib ofrece una nueva alternativa de tratamiento para la HAP con buena respuesta clínica y hemodinámica aunque, de momento, solo se ha utilizado en casos refractarios.

IF-06 LA PRESENCIA DEL POLIMORFISMO -174G/C DEL GEN DE LA IL- 6 PRODUCE VARIACIONES EN LOS NIVELES DE IL-6

M. Moreno Conde, N. Delgado Casado, E. Galán Dorado, F. Martín Martos, I. Pérez, J. Delgado, F. Pérez Jiménez, J. López Miranda

Unidad de Lípidos y Arteriosclerosis. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

OBJETIVOS

En el desarrollo de la enfermedad arteriosclerótica el estado inflamatorio juega un papel importante. Hay determinados marcadores inflamatorios, como los niveles interleucina-6 (IL-6), que son factores de riesgo independientes para el desarrollo de la enfermedad cardiovascular. El objetivo de nuestro estudio es analizar si la presencia del polimorfismo -174G/C, en la región promotora del gen de la IL-6, produce variaciones en los niveles plasmáticos de la IL-6 tras la administración de dietas con distinta composición grasa.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se seleccionaron a veinte hombres sanos (12 de ellos homocigotos CC y 8 heterocigotos CG) que recibieron tres dietas con diferente composición grasa durante 4 semanas, con un diseño randomizado y cruzado. La composición de las mismas fue: dieta rica en grasa saturada (SAFA) 38% grasa (22% SAFA); Mediterránea rica en MUFA, 38% grasa (24% MUFA); rica en HC y PUFA n-3 de origen vegetal <30% grasa (8% PUFA, 12% MUFA). Al final de cada periodo se determinaron los nivel plasmáticos de IL-6 en ayunas y tras la ingesta (a las 3 y 9 horas) de una comida estandarizada rica en grasa con la misma composición grasa de la dieta consumida.

RESULTADOS

Las personas portadoras del genotipo CC presentaron mayores niveles plasmáticos de IL-6 independientemente del tipo de dieta, en comparación con los heterocigotos CG. Sin embargo, no se observó efecto de la interacción entre genotipo-dieta. La ingesta de la sobrecarga grasa determinó un aumento de los niveles de IL-6 igual con las tres dietas administradas, aunque tras el consumo de la comida rica en mantequilla se observó una tendencia hacia una mayor respuesta postprandial en los portadores del genotipo CG comparados con los portadores del genotipo CC.

CONCLUSIONES

Los niveles plasmáticos de IL-6 se modifican independientemente del tipo de grasa de la dieta en presencia del polimorfismo -174G/C del gen de la IL-6.

IF-07 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E INMUNOLÓGICAS EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON SÍNDROME DE SJÖGREN PRIMARIO

M. Chaves Peláez, N. Macías Vega, S. Santamaría Fernández, L. Valiente de Santis, B. Sobrino Díaz, I. Portales Fernández, E. De Ramón Garrido, M. Camps García

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

OBJETIVOS

Determinar las características clínicas e inmunológicas en una cohorte de pacientes con síndrome de sjögren primario (SS)

MATERIAL Y MÉTODOS

Todos los pacientes incluidos han sido diagnosticados (según los criterios Europeos de 1993) y seguidos en la consulta de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas de un Hospital de Tercer Nivel.

RESULTADOS

Se incluyeron 90 pacientes, 88 mujeres y 2 varones. La edad media al diagnóstico fue de 46 años (rango: 18-85), y la edad al protocolo (momento de inclusión de los datos) fue de 56 años (rango: 25-91). Cuando agrupamos a los pacientes por edades, 26 (29%) tenían menos de 35 años, 52 (57%) tenían edades comprendidas entre 35 y 65 años y 12 (13%) eran mayores de 65 años. La evolución media de la enfermedad fue de 9,5 años (rango:1-27), siendo mayor de 10 años en 41 pacientes (46%). Las manifestaciones clínicas presentes en el momento del protocolo fueron: xerostomía en 83 (92%), xeroftalmía en 87 (97%), el test rosa de bengala fue positivo en 85 (94%), parotidomegalia en 19 (33%), raynaud en 25 (28%), manifestaciones articulares en 66 (36%), de las cuales en 32 (36%) eran artritis en el momento del protocolo, tiroiditis autoinmune en 13 (14%), vasculitis cutánea en 11 (12%), afectación renal en 1 (1,1%), afectación pulmonar en 11 (12%), polineuropatía periférica en 12 (13%), vasculitis del SNC en 5 (5,6%). Ningún paciente presentó manifestación pancreática. Los anticuerpos antinucleares fueron positivos en 90 (100%) de los pacientes, los anti Ro/SSA en 73 (81%), los anti La/SSB en 46 (51%), el Factor Reumatoide en 65 (72%). La anemia estaba presente en 5 pacientes (6%), la leucopenia en 6 (7%) y la trombopenia en 2 (2%). Dos pacientes (2,2%) presentaron hipocomplementemia en el momento del protocolo.

DISCUSIÓN

El SS es una enfermedad autoinmune crónica, de evolución lenta, caracterizada fundamentalmente por la infiltración linfocítica de las glándulas exocrinas, produciendo fundamentalmente xeroftalmía y xerostomía. Un tercio de los pacientes presentan síntomas generales y en un pequeño número se observa la evolución a linfoma. Todas estas características se observan en esta cohorte de pacientes.

CONCLUSIONES

Las manifestaciones más frecuentes en nuestros pacientes con SS primario han sido xerostomía, xeroftalmía, afectación articular, ANA y anticuerpos anti Ro/SSA. Los bajos porcentajes observados para aquellas manifestaciones asociadas con un peor pronóstico (afectación de órganos internos, vasculitis e hipocomplementemia) confirman que el SS primario es, en un porcentaje elevado, una enfermedad autoinmune con un bajo grado de afectación sistémica extraglandular.

IF-08 EXPERIENCIA EN EL USO DE MICOFENOLATO DE MOFETILO Y ÁCIDO MICOFENÓLICO EN EL TRATAMIENTO DEL LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

L. Valiente de Santis, B. Sobrino Díaz, I. Pérez de Pedro, I. Portales Fernández, M. López Carmona, M. Chaves Peláez, M. Camps García, E. De Ramón Garrido

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

OBJETIVOS

Evaluar la efectividad y seguridad del Micofenolato de Mofetilo (MFM) y el Ácido Micofenólico (AM) en el tratamiento del Lupus Eritematoso Sistémico (LES).

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio prospectivo observacional de la práctica clínica. Seguimiento del curso clínico de 28 pacientes, atendidos en un hospital de referencia, afectados de LES (todos cumplían al menos 4 criterios de la ACR), con distintas complicaciones de su enfermedad, tales como Nefritis Lúpica (NL), trasplante renal, Síndrome de Colapso Pulmonar y afectación del estado general, tratados con MFM, durante el período transcurrido entre los años 2001 y 2007. En el caso de la NL se estableció como respuesta completa, la normalización del sedimento y disminución de la proteinuria <500 mg/24 horas.

RESULTADOS

Se incluyeron en el estudio 24 (86%) mujeres y 4 (14%) hombres, con una edad media al comienzo del estudio de $37,2 \pm 12,8$ años y un tiempo medio de evolución de la enfermedad de $13,5 \pm 7,4$ años. Junto con la Prednisona (0,5 mg/kg/día), 26 pacientes fueron tratados con una dosis de MFM, 1 gramo oral cada 12 horas, y 2 pacientes con AM, 720 mg oral cada 12 horas, durante un tiempo medio de $30,9 + 23,5$ meses, con un total de 72 pacientes-año. Once (39%) pacientes fueron tratados con MFM para inducir la remisión de su proceso y el resto, 17 (61%) pacientes, con el objetivo de mantener la remisión. Diecisiete (61%) pacientes, presentaron respuesta completa, 6 (21%) pacientes, respuesta parcial y 3 (11%) pacientes, no respondieron. Los 7 pacientes que recibieron MMF por motivos distintos a la NL, evolucionaron satisfactoriamente presentando respuesta completa, 6 de ellos, y, a los 6 meses de tratamiento, una respuesta parcial, el otro paciente. Estos tratamientos permitieron reducir la dosis media de prednisona de $25,4 + 10,2$ mg a $7,6 + 12,7$ mg/día. No hubo citopenias, ni alteraciones digestivas de importancia clínica (tres pacientes, una de ellas en dos ocasiones, hubieron de reducir la dosis de MFM a la mitad durante 1 semana por diarrea, y dispepsia pudiendo volver a la dosis inicial posteriormente). Una paciente presentó un episodio de Herpes Zóster oftálmico izquierdo, con buena evolución, otros 3 presentaron también Herpes Zóster con afectación de nervios raquídeos, una de las cuales quedó con una neuralgia postherpética de 2 años de evolución. Un paciente, trabajador del campo, presentó una Leishmaniasis del vestíbulo nasal, que mejoró con el tratamiento de Anfotericina B, aunque recidivó posteriormente.

DISCUSIÓN

El MFM y AM parecen presentar un alto nivel de efectividad y seguridad, siendo por ello una alternativa cada vez más frecuente en el tratamiento de las complicaciones del LES, como se nos presenta en la literatura actualizada.

CONCLUSIONES

A pesar de tratarse de un estudio de práctica clínica, sin criterios uniformes de inclusión, y no controlado, los resultados obtenidos apoyan la idea de que el MFM y su metabolito el AM, pueden ser útiles en el tratamiento de las formas graves del LES, tanto en la inducción como en el mantenimiento de la remisión obtenida con la pulsoterapia de ciclofosfamida a bajas dosis, permitiendo un descenso más rápido de los corticoides y con escasos efectos adversos.

IF-09 RELACIÓN ENTRE POLIMORFISMO DE LA REGIÓN PROMOTORA DEL GEN DE LA INTERLEUQUINA 6 Y SU PRODUCCIÓN EN NEUMONÍAS INTERSTICIALES IDIOPÁTICAS

M. Montes Cano¹, L. Rivero², R. Morilla², N. Respaldiza¹, V. Friaza², F. Muñoz Lobato¹, C. De la Horra¹, J. Varela²

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

OBJETIVOS

Las Neumonías intersticiales idiopáticas (NII) constituyen un grupo heterogéneo de desórdenes de causa desconocida. La lesión causada en el parénquima pulmonar conduce a una cascada de procesos inflamatorios, que originan fibrosis. IL-6 es una molécula inflamatoria implicada en estos procesos, en cuyo promotor existe un polimorfismo descrito que regula los niveles plasmáticos de esta citoquina. El genotipo GG se asocia a una mayor producción a nivel sistémico, pero existe poca información sobre su influencia a nivel local. El objetivo de este estudio fue analizar los niveles de IL-6 en lavado broncoalveolar (LBA) y su correlación con el polimorfismo -174 G/C en pacientes con NII.

MATERIAL Y MÉTODOS

Pacientes: Se incluyeron un total de 39 pacientes (31 hombres y 8 mujeres), con una edad media de 61,4 años \pm 12,5 y rango (32-81) años. Todos los casos tenían diagnóstico confirmado de NII y se les realizó un LBA. Métodos: La identificación del polimorfismo de la región promotora de IL-6 se realizó por técnicas de PCR-RFLP. Para el alelo G se obtuvo un fragmento de 163 bp y para el alelo C dos fragmentos de 111 y 52 bp respectivamente. Los niveles locales de IL-6 fueron medidos por técnica de ELISA, utilizando un kit comercial (R&D biosystems) siguiendo las instrucciones del fabricante. Estos resultados fueron normalizados en base a la concentración total de proteína y expresados en picogramos/mg de proteína.

RESULTADOS

En la tabla se muestra los resultados obtenidos respecto de las frecuencias genotípicas y alélicas para el polimorfismo -174 G/C de IL-6. No se encontraron diferencias significativas en los niveles de IL6 entre los pacientes con genotipo alto productor (GG) y los sujetos con fenotipo bajo productor (GC y CC): 44,6 mg/mg vs. 49,4 pg/mg respectivamente.

CONCLUSIONES

El genotipo de la región promotora del gen de la IL6 no parece tener influencia en los niveles de esta citoquina a nivel pulmonar en pacientes con neumonías intersticiales idiopáticas.

Frecuencias genotípicas y alélicas

Frecuencias genotípicas IL-6	NII n=39 (%)	Frecuencias alélicas IL-6	NII 2n=78 (%)
GG	20 (51,3)	G	56 (71,8)
GC	16 (41,0)	C	22 (28,2)
CC	3 (7,7)		

IF-10 ¿ES LA ASTENIA INDICADOR DE LA ACTIVIDAD DEL LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO?

N. Macías Vega, I. Portales Fernández, S. Santamaría Fernández, G. Uribarri Sánchez, M. Ayala Gutiérrez, I. Pérez de Pedro, M. Camps García, E. De Ramón Garrido

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

OBJETIVOS

Evaluar la astenia en pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico (LES) y establecer su posible relación con la actividad clínica de la enfermedad.

MATERIAL Y MÉTODOS

Para evaluar la prevalencia de la astenia y su relación con la actividad de la enfermedad en pacientes con LES, hemos analizado la situación de dos maneras. Por una parte, durante el seguimiento regular en consulta externa o en un eventual ingreso hospitalario, registramos los datos correspondientes a la actividad clínica y analítica (índices LAI y SLEDAI) de 200 pacientes con LES (criterios ACR) atendidos en un centro de referencia durante los últimos 14 años (1.027 pacientes-año). Entre los ítems que componen el LAI, se incluye una pregunta relativa a la sensación de astenia que presenta el paciente, y que el médico asistencial puntúa de 0 a 3 según la sensación de astenia que éste refiera, siendo 0, ninguna astenia, y 3, la máxima astenia posible. Por otra, aprovechamos la información obtenida de un estudio sobre el apoyo social, en el que participaron 213 pacientes con LES (criterios ACR) que son atendidos regularmente en dos centros de referencia. En este caso, hemos analizado las posibles correlaciones existentes entre las puntuaciones obtenidas en los indicadores de astenia de los cuestionarios que cumplimentaron los pacientes (ítems, ¿Ha tenido la sensación de que necesitaba un reconstituyente? y ¿Se ha sentido agotado y sin fuerzas para nada?, de la escala GHQ-28, y dimensión vitalidad de la escala SF-36) y las características socio-demográficas, de actividad, de cronicidad, de calidad de vida y de distress psicológico del paciente (edad, sexo, índices SLEDAI y SLICC, componente resumen físico del SF 36 y tres dimensiones del GHQ 28).

RESULTADOS

La relación de la astenia con la actividad de la enfermedad, aunque significativa, fue escasa (SLEDAI: $p < 0,001$; $\eta^2: 0,038$ y LAI: $p < 0,001$; $\eta^2: 0,082$) en el primer análisis. La astenia, medida según los dos ítems referidos, se relacionó negativamente y de manera importante con la dimensión función física del SF-36 ($r = 0,47$; $p < 0,001$). Por otra parte, la dimensión vitalidad de la escala SF-36, que se refiere al sentimiento de energía y vitalidad, frente al sentimiento de cansancio y agotamiento, se relacionó con la situación de disfunción social, medido con la escala GHQ-28 ($r = 0,19$; $p < 0,001$). No había relación entre la dimensión vitalidad de la escala SF-36 y la actividad de la enfermedad, medida con el índice SLEDAI, ni con lesión crónica establecida con el paso del tiempo, medida con el SLICC/DI, ni con la edad, ni con el sexo.

DISCUSIÓN

Existe una gran controversia en cuanto a si la astenia es un indicador de la actividad del LES por si misma o si su aparición se relaciona con otros factores que normalmente no se especifican.

CONCLUSIONES

Según los resultados obtenidos en nuestra serie de pacientes la actividad de la enfermedad no está relacionada de forma apreciable con la astenia, siendo ésta responsable de una mala calidad de vida relacionada con la salud, al menos en su dimensión física. Hay otros aspectos, que no se registran en la práctica clínica habitual, tales como la función social, que se relacionan con la astenia y que habría que tener en cuenta a la hora de plantear un tratamiento adecuado y global del LES.

Pósters

Osteoporosis (0)

0-02 PREVALENCIA DEL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE OSTEOPOROSIS EN LOS INFORMES DE ALTA EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

I. Aomar Millán, J. Callejas Rubio, A. Pardo Cabello, C. Fernández Roldán, P. Giner Escobar, R. Ríos Fernández, N. Ortego Centeno

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

OBJETIVOS

1. Conocer la prevalencia del diagnóstico y tratamiento para la osteoporosis en los informes de alta en el servicio de Medicina Interna de nuestro Hospital.
2. Conocer la prevalencia de fracturas vertebrales potencialmente identificables en las radiografías solicitadas con motivo de su ingreso en los pacientes de nuestro servicio.

MATERIAL Y MÉTODOS

- Estudio retrospectivo de 100 informes consecutivos de alta del Servicio de Medicina Interna del H. San Cecilio en el período comprendido entre Octubre y Diciembre de 2006.
- Valorar la presencia de fractura vertebral por criterios de Genant en 20 pacientes escogidos aleatoriamente del Servicio de Medicina con los estudios radiológicos solicitados con motivo del ingreso.
- Protocolo de recogida de datos epidemiológicos incluyendo la presencia en el informe de antecedentes personales de fracturas y de osteoporosis, previsible toma de corticoides durante más de 3 meses al año, y diagnóstico de osteoporosis y tratamientos específicos indicados.

RESULTADOS

61 mujeres y 39 hombres con edad media de 78,9 años (54-100). En 17 pacientes se recogían antecedentes de fracturas y en 8 de osteoporosis. La distribución por diagnósticos al alta se recogerá en una gráfica. En el 27% de los pacientes se presumía un tratamiento con corticoides superior a 3 meses. Sólo en 2 informes se recogió el diagnóstico al alta de osteoporosis y en sólo 2 se indicó tratamiento específico. En 6 de los 20 pacientes (30%) en los que se valoró la presencia de fractura se identificaron fracturas vertebrales, 2 de clase III, 3 de clase II y 1 de clase I. La edad media de los pacientes con fracturas fue de 80,6 años.

CONCLUSIONES

El diagnóstico de osteoporosis y su tratamiento en los informes de Medicina Interna de nuestro Hospital es anecdótico a pesar de que en el 30% de los enfermos ingresados por cualquier motivo fue posible identificar una fractura vertebral.



Riesgo Vascular (RV)

RV-01 EVOLUCIÓN DEL SÍNDROME CORONARIO AGUDO EN FUNCIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO VASCULAR EN UN HOSPITAL COMARCAL

M. Romero Jiménez, M. Pérez Ramos, A. Benavente Fernández, E. Ramírez Ortiz, A. Cabrera Núñez, J. Prado Mediano, P. Sosa Rojas, E. García González

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

OBJETIVOS

Valorar los factores de riesgo vascular en pacientes que han sufrido un síndrome coronario agudo en un Hospital Comarcal. Comparar la evolución de estos pacientes en función de su Riesgo Vasc.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, prospectivo, seleccionando a los pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Infanta Elena con el diagnóstico de síndrome coronario agudo. A todos los pacientes se les realizó una valoración del riesgo vascular global y seguimiento a los 3, 6 y 12 meses donde se valoraron complicaciones y evolución de los factores de riesgo. Ámbito del estudio: Hospital Infanta Elena. Hospital Comarcal que atiende a una población de 180.000 habitantes de la costa y condado de Huelva. Pacientes incluidos: pacientes mayores de 18 años, ingresados en el Servicio de Medicina Interna de nuestro hospital durante el periodo de estudio, que cumplieran los criterios de síndrome coronario agudo con elevación del ST o sin elevación del ST de la Sociedad Europea de Cardiología.

RESULTADOS

Se incluyeron 50 pacientes con síndrome coronario agudo. La edad media fue de 67 años. El 72% eran hombres. El 36% tuvieron SCACEST y 64% SCASEST. Clasificación de riesgo según ATP III: Alto riesgo: 84% de los pacientes. Riesgo medio: 8%. Riesgo bajo: 8%. De los pacientes incluidos, el 12% falleció el primer año, todos de causa cardíaca. El 100% de los pacientes que fallecieron presentaron un SCASEST. Todos fallecieron en los primeros 6 meses. En la tabla 1 se muestran los datos bioquímicos de los pacientes. El 32% de los pacientes reingresó por isquemia miocárdica, el 6% sufrió un reinfarto. El 16% fue sometido a nuevo cateterismo con revascularización. El 48% de los pacientes tuvieron episodios de angor a lo largo del año. Los pacientes que sufrieron complicaciones en forma de reingreso por isquemia miocárdica, reinfarto, necesidad de cateterismo o revascularización presentaban datos bioquímicos muy similares al grupo de pacientes que no desarrolló complicaciones, salvo el ProBNP y el antecedente de cardiopatía isquémica, muy superior en el grupo que presentó complicaciones (62,5% vs. 29,4%).

DISCUSIÓN

El 84% de los pacientes que ingresan en el Hospital Infanta Elena con síndrome coronario agudo tienen un riesgo vascular elevado. El factor de riesgo que más peso tuvo para sufrir el SCA y presentar complicaciones fue el antecedente de cardiopatía isquémica previa. Llama la atención la elevación de ProBNP en el grupo de pacientes que desarrolló complicaciones.

CONCLUSIONES

El ProBNP podría ser un marcador de mal pronóstico en pacientes con SCA. Es necesario insistir en el tratamiento intensivo de los pacientes de alto riesgo.

PERFIL BIOQUÍMICO

Perfil bioquímico	X ± SD	(Min - Max)
Glucosa	129,36 ± 40,65	85-250
Colesterol	180,24 ± 49,67	41-266
HDL colesterol	45,4 ± 13,65	27-92
LDL colesterol	111,48 ± 38,67	41-191
TG	167 ± 81,88	0,2-47
Homocisteína	12,9 ± 10,23	0,2-47
ProBNP	951,27 ± 1125	27-3849
PCR	3,4 ± 3,15	0,16-12

RV-02 HTA SECUNDARIA EN UNA COHORTE DE DEPORTISTAS HIPERTENSOS

J. Martínez González¹, M. Carrillo de Albornoz³, B. Sobrino¹, P. Aranda², D. López Carmona¹, J. García Romero³, N. Muñoz Roca¹, R. Gómez-Huelgas¹

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

³Medicina del Deporte. Escuela 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 MÉTODOS

Se analiza una muestra de 20 pacientes hipertensos que compiten en alguna modalidad deportiva y que vienen siendo seguidos y tratados en nuestro servicio. 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 y ecografía abdominal). A aquellos pacientes que lo requirieron se realizó Gammagrafía/nefrograma isotópico y angio-RMN/arteriografía de arterias renales. A todos los paciente se les realizó un ergometría deportiva con monitorización de TA y consumo de oxígeno al inicio y tras control farmacológico.

RESULTADOS

Se detectaron 4 casos con HTA secundaria. Dos HTA renovasculares. Una glomerulonefritis IgA. Un caso de abusos fraudulentos de esteroides anabolizantes. Todos los pacientes pudieron ser controlados correctamente con una terapia basada en telmisartan con la adicción posterior, cuando fue preciso, de diltiazem de liberación retardada y doxazocina neo. No se encontró una reacción hipertensiva exagerada ni diferente en la ergometría deportiva basal ni posterior al tratamiento en los pacientes con hipertensión arterial secundaria. No mostraron mayor consumo de oxígeno, en la ergometría, los pacientes con HTA secundaria. No precisaron una mayor dosis, ni un mayor número de fármacos los pacientes con HTA secundaria. Los cuatro casos de HTA secundaria tenían una buena posibilidad terapéutica de su HTA secundaria.

DISCUSIÓN

La hta presenta una prevalencia 50% menor en los pacientes deportistas de competición. Se ha descrito que los pacientes con HTA secundaria presentan una reacción hipertensiva exagerada en la ergometría, así como un patrón non-dipper en la MAPA mas frecuentemente. también se considera que estos pacientes precisen mas medicación para su optimo control. El tratamiento con IECAs o ARA-II se ha preconizado como tratamiento de elección en el paciente deportista hipertenso. También se ha preconizado un efecto beneficioso de la acción antiaritmica de los ARA-II.

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-04 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE HIPERTENSOS, SEGÚN EDAD, CON O SIN OTROS FACTORES DE RIESGO

B. Gil Extremera, E. García Peñalver, A. Maldonado Martín, P. Jiménez López, A. Martín Salguero, J. Soto Mas, M. Padial Sánchez, A. Álvarez Santamaría

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

OBJETIVOS

Analizar en pacientes con hipertensión arterial (HTA) la presencia de diabetes y/o dislipemia según edad.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se han revisado las historias clínicas de 832 hipertensos de nuestra Unidad de Hipertensión. Se dividen en 4 grupos: 1) solo HTA (n=372); 2) HTA con dislipemia (n=285); 3) HTA y diabetes (n=90) y 4) HTA con dislipemia y diabetes (n=76). En cada caso se estratifican por edades: 41-50 años; 51-60 años; 61-70 años; >71 años. Se han comparado en cada grupo los valores medios de colesterol total (CT), triglicéridos (TG), HDL-c, LDL-c glucemia, PAS, PAD e índice de masa corporal, (IMC=peso/talla²), para los distintos intervalos de edad; así como las diferencias entre hombres y mujeres.

RESULTADOS

En cuanto a la edad media, existen diferencias significativas ($p=0,0001$). Los grupos con edades significativamente diferentes son el 1 (59 ± 13) con el 3 (67 ± 10) ($p=0,0001$); el 1 el 4 (66 ± 10) ($p=0,0001$); el 2 (59 ± 11) con el 3 ($p=0,0001$); el 2 con el 4 ($p=0,0001$). Respecto al sexo, no hay diferencias significativas en los grupos; si las hay en la edad: 41-50 años y 51-60 años la mayoría son hombres (el 70,4% y el 63,2% respectivamente) en el caso de los intervalos de 61-70 años y >71 años la mayoría (el 58% y 70,7% respectivamente son mujeres. Para el grupo 1, hay diferencias significativas en los grupos de edad según el IMC ($p=0,031$), PAS ($p=0,0001$), CT ($p=0,005$), y glucemia ($p=0,006$): IMC: 51-60 años vs. 61-70 años; (29 ± 4 vs. 31 ± 5 ; $p=0,046$); PAS: 41-50 años vs. 61-70 años (146 ± 17 vs. 159 ± 23 ; $p=0,001$); 41-50 años >71 años (146 ± 17 vs. 169 ± 29 ; $p=0,0001$); y 51-60 años vs. >71 años (151 ± 19 vs. 169 ± 29 ; $p=0,0001$); CT: 41-50 años vs. >71 años (195 ± 24 vs. 209 ± 30 ; $p=0,003$); Glucemia: 41-50 años vs. 61-70 años (91 ± 13 vs. 97 ± 14 ; $p=0,017$); y 41-50 años vs. >71 años (91 ± 13 vs. 93 ± 13 ; $p=0,028$). En el grupo 2, existen diferencias significativas en la PAS ($p=0,001$), PAD ($p=0,006$), HDL-c ($p=0,006$) y glucemia ($p=0,001$): PAS: 41-50 años vs. 61-70 años (146 ± 19 vs. 162 ± 28 ; $p=0,001$); 41-50 años vs. >71 años (146 ± 19 vs. 170 ± 22 ; $p=0,0001$); 51-60 años vs. 61-70 años (151 ± 23 vs. 162 ± 28 ; $p=0,033$); y 51-60 años vs. >71 años (151 ± 23 vs. 170 ± 22 ; $p=0,0001$); PAD: 41-50 años vs. >71 años (95 ± 11 vs. 88 ± 12 ; $p=0,007$); y 51-60 años vs. >71 años (94 ± 12 vs. 88 ± 12 ; $p=0,022$); HDL-c: 41-50 años vs. >71 años (51 ± 19 vs. 59 ± 15 ; $p=0,024$); glucemia: 41-50 años vs. >71 años (91 ± 13 vs. 101 ± 18 ; $p=0,0001$). Para el grupo 3 la única variable que tiene diferencias significativas en los distintos intervalos de edad es la PAD ($p=0,002$): PAD: 51-60 años vs. >71 años (97 ± 12 vs. 85 ± 13 ; $p=0,003$). En el grupo 4 no existen diferencias significativas en las medias de las variables entre los intervalos de edad.

DISCUSIÓN

La población hipertensa desarrolla diabetes, dislipemia y obesidad a medida que avanza la edad. La hipertensión aparece en edades más jóvenes en el varón respecto a la mujer. Hemos observado que los hipertensos sin otros factores de riesgo vascular, según aumenta la edad lo hace la glucemia, los valores de lípidos aterogénicos y el IMC. En los hipertensos con dislipemia sólo lo hace la PA, la glucemia y paradójicamente el HDL-colesterol; diferencias que desaparecen en los hipertensos diabéticos. Estos últimos hallazgos no se han revelado en otros estudios.

CONCLUSIONES

1. Los hipertensos en cuanto a mayor edad presentan con más frecuencia otros factores de riesgo.
2. Cuando además de ser hipertensos son dislipémicos y/o diabéticos las diferencias por la edad van desapareciendo.
3. Los hipertensos con diabetes frecuentemente son de mayor edad que los no diabéticos.
4. El sexo no influye en la presencia de factores de riesgo, sí la edad; los más jóvenes son la mayoría hombres y los mayores de 61 años mujeres.

RV-05 ESCALAS DE FRAMINGHAM Y DORICA EN LA ESTIMACIÓN DEL CÁLCULO DE RIESGO CARDIOVASCULAR GLOBAL INDIVIDUAL ¿SOBREESTIMAMOS O INFRAESTIMAMOS EL RIESGO? SECCIÓN DE OBESIDAD DE LA SEA Y GRUPO DEL ESTUDIO DORICA

B. Gil¹, E. González², J. Millán³, M. Aguayo⁴, J. Aranceta⁵, C. Pérez⁵, T. Mantilla⁶

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

²Servicio Médico de Empresa. E. A. D. S.-C. A. S. A. Cádiz.

³Servicio de Medicina Interna. Hospital General Gregorio Marañón. Madrid.

⁴Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen Macarena. Sevilla.

⁵Unidad de Nutrición Comunitaria. Servicio Municipal de Salud Pública (Vizcaya).

⁶EAP Mar Báltico. Imsalud (Madrid).

OBJETIVOS

El objetivo del presente trabajo ha sido comparar dos métodos para calcular el riesgo cardiovascular individual en una muestra de población española, para evaluar el grado de concordancia o discordancia de los resultados. Los dos modelos empleados han sido uno ampliamente utilizado y reconocido (Framingham) y otro procedente de la población española como consecuencia de estudios en cerca de 15.000 individuos en 9 comunidades autónomas (DORICA).

MATERIAL Y MÉTODOS

Se ha realizado un estudio piloto en 198 individuos procedentes de una población laboral, de los que el 95% eran hombres, con una edad media de 48 años, todos ellos sin antecedentes de enfermedad cardiovascular. Se estratificaron los resultados según el riesgo bajo, ligero, moderado, alto o muy alto, tal y como se ha propuesto en los dos modelos utilizados.

RESULTADOS

Un 66,6% de los individuos mostraron resultados concordantes distribuidos en riesgo bajo el 33,3%, riesgo ligero el 43,2%, riesgo moderado el 19,7% y riesgo alto el 3,8%. Más de la mitad de las discordancias (54,5%) eran debidas a un riesgo más elevado con el modelo Framingham que con el modelo DORICA, un 18,2% de los individuos tenían una supervaloración del riesgo y un 15,1% de los individuos tenían una infravaloración del riesgo al aplicar Framingham. En el 33,3% (66 casos discordantes) que podrían ser reclasificados al aplicar el modelo DORICA con respecto al Framingham se analizaron los cambios de nivel de riesgo (hacia uno superior o inferior) al aplicar DORICA; así, un 62% de los discordantes con riesgo ligero debería incluirse en riesgo bajo, y un 80% de los discordantes con riesgo moderado, debería incluirse en riesgo ligero.

DISCUSIÓN

La decisión de utilizar diferentes modelos para la evaluación del riesgo cardiovascular puede llevar a decidir diferentes actuaciones en cuanto al abordaje terapéutico de determinados pacientes por las discrepancias que se encuentran entre las diferentes escalas de riesgo. El riesgo estimado con el modelo Framingham en nuestro trabajo era superior en más de la mitad de las discordancias. El porcentaje de discordancias era más elevado a medida que se consideraban estratos superiores de riesgo atribuible. La mayoría de los individuos (probablemente en razón de edad) tenían un riesgo bajo o ligero.

CONCLUSIONES

Aproximadamente una tercera parte de los individuos de una población determinada pueden no estar clasificados en el mismo nivel de riesgo, dependiendo del modelo que se utilice para el cálculo del riesgo global individual. Aunque, la distribución porcentual en los distintos estratos de riesgo parezca similar, lo cierto es que los individuos son distintos, lo que es particularmente importante porque no se trata de detectar un porcentaje de población sino a las personas concretas que deban ser objeto de atención o intervención. De esta forma, la aplicación de un modelo para el cálculo del riesgo cardiovascular global individual puede requerir una reclasificación de acuerdo con modelos que procedan de estudios epidemiológicos poblacionales ad hoc.

RV-06 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, FACTORES DE RIESGO Y TRATAMIENTO MEDICO DE 252 PACIENTES REVISADOS EN UNA CONSULTA MONOGRÁFICA DE ARTERIOPATÍA PERIFÉRICA

F. Martínez Peñalver¹, M. Rico Corral¹, I. Pérez Camacho², R. Domínguez Álvarez¹, I. López Barragán³, J. De la Vega Sánchez¹, A. De la Cuesta López⁴, R. Pérez Cano¹

¹Servicio de Medicina Interna B, ²Rehabilitación, ³Servicio de Dermatología, ⁴Servicio de Cirugía General. Hospital Virgen Macarena. Sevilla.

OBJETIVOS

Describir las características de una población de pacientes con Arteriopatía Periférica diagnosticada evaluando futuras modificaciones terapéuticas a aplicar en la misma. Definir los factores de riesgo mas prevalentes y concretar las medidas terapéuticas mas evidenciadas en este tipo de enfermos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Hemos realizado un seguimiento a nuestros 252 pacientes con Arteriopatía Periférica en la Consulta Monográfica del Hospital de San Lázaro de Sevilla, donde fueron revisados por un internista, un cirujano general, una rehabilitadora y dos residentes de Medicina Interna. Los datos fueron tomados de las historias y de las distintas revisiones a las que los pacientes fueron sometidos. Se realizaron consultas de seguimiento a estos pacientes entre los meses de Enero del 2006 y Marzo de 2007. El análisis estadístico de los datos se llevó a cabo con el paquete estadístico SPSS 14.0

RESULTADOS

La tabla 1 muestra las características clínicas de los 252 pacientes. En cuanto a la prevalencia de los factores de riesgo vascular presentes en estos pacientes se objetivó que un 79% de los pacientes estaban diagnosticados de Diabetes Mellitus, un 61,1% de Hipertensión Arterial, un 54% presentaba algún tipo de dislipemia, el 69,4% eran fumadores, y como dato significativo observamos que un 16,7% de nuestros enfermos tenían antecedentes de enolismo o presentaban enolismo activo. En cuanto al tratamiento, la revisión de los grupos farmacológicos más utilizados arroja los siguientes resultados: Un 54,8% de los casos los pacientes estaban en tratamiento con gabapentina o pregabalina para el dolor neuropático. Un 52% seguía tratamiento con Pentoxifilina. En nuestra cohorte un 46,4% tomaba AAS, un 43,7% tomaba clopidogrel, un 2,1% tomaba Trifusal, y un 14,3% estaba anticoagulado. Un 10,71% de los pacientes tomaba doble antiagregación y un 1,1% estaba con doble antiagregación y anticoagulación. Un 50,4% de los enfermos seguía tratamiento con estatinas. Del 61,1% de pacientes con HTA un 7,9% tomaba beta-bloqueantes, un 27,4% tomaba IECAs, un 20,6% tomaba ARA-II, y un 17,9% tomaba Antagonistas del Calcio.

DISCUSIÓN

El estudio INTERHART es uno de los trabajos mas recientes y amplios que establecen la participación de los diferentes factores de riesgo vascular conocidos. En dicho estudio se demuestra a nivel mundial que mas del 90% del riesgo vascular atribuible poblacional se explica por nueve factores: dislipemia, tabaquismo, hipertensión arterial, diabetes, obesidad abdominal, bajo consumo de frutas y vegetales, consumo de alcohol y escasez de ejercicio físico.. Los factores principalmente implicados en que el diagnóstico de la arteriopatía periférica sea cada vez mas frecuente son la aplicación de nuevas medidas diagnósticas (ITB, grosor íntima-media,...), la creciente longevidad de la población, y el incompleto control de los factores previamente mencionados. Esto nos debe llevar tanto en Atención Primaria como en Unidades Especializadas, a extremar las medidas de control haciendo hincapié en la coordinación entre los diferentes niveles asistenciales, con el fin de acercarnos a un objetivo aún lejano.

Tabla 1. Características de los 252 pacientes con Arteriopatía Periférica seguidos en nuestra Consulta Monográfica.

Variables	Número	Porcentaje
Edad Media	72,57 años ± 9,98	
Amputación de al menos un dedo del pie	156	61,9%
Cardiopatía (IAM, valvulopatías,...)	114	45,2%
AVC	52	20,6%
Éxito durante el seguimiento	17	6,7%

RV-07 NIVELES DE PRESIÓN ARTERIAL, MARCADORES DE SÍNTESIS Y DEGRADACIÓN DEL COLÁGENO Y PARÁMETROS INDICATIVOS DE DISFUNCIÓN DIASTÓLICA EN LA HIPERTENSIÓN ESENCIAL

P. Stiefel¹, A. Vallejo¹, M. Miranda¹, M. Nieto¹, E. Pamiés¹, V. Alfaro¹, C. Macias², L. Jiménez²

¹Servicio de Medicina Interna (UCAMI-UCERV), ²Servicio del Laboratorio Clínico. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.

OBJETIVOS

Valorar la influencia de las cifras de presión arterial (PA) y de marcadores de síntesis y degradación del colágeno sobre la hipertrofia ventricular izquierda (HVI) y la disfunción diastólica (DD) en un grupo de hipertensos esenciales.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se estudiaron 40 hipertensos esenciales (muestreo de casos consecutivos) de nuestra consulta. Se le practicó una extracción de sangre para determinar marcadores de síntesis y degradación del colágeno, se le practicó una ecocardiografía y se valoró la PA mediante un registro de MAPA programado para tomar la PA de forma automática cada 20 minutos durante 24 horas.

RESULTADOS

Los hipertensos se clasificaron en aquellos con (n=28) o sin disfunción diastólica (n=12). Ninguno de los valores del registro de la MAPA fue significativamente diferente entre ambos grupos. Sin embargo, aquellos que tenían disfunción diastólica tenían valores más elevados del principal marcador de síntesis del colágeno tipo I, el péptido C-terminal del colágeno tipo I (en ng/ml: $82,2 \pm 23,0$ vs. $64,7 \pm 13,1$, $p < 0,005$) y una tendencia a tener también niveles superiores de marcadores de degradación que llegó a ser significativa en el caso del telopéptido C-terminal del colágeno tipo I (en pgr/ml: $330,3 \pm 296,6$ vs. $199,1 \pm 101,7$, $p < 0,05$).

DISCUSIÓN

En un estudio previo comparando hipertensos esenciales con controles sanos habíamos comprobado que los primeros tenían un aumento de parámetros indicativos de síntesis del colágeno y una disminución de los indicativos de degradación. Ello podía explicar porque la hipertensión arterial se relaciona con la rigidez arterial y con la disfunción diastólica. En el presente estudio realizamos una ecocardiografía a 40 hipertensos esenciales y los clasificamos en dos grupos según tuvieran (n=28) o no (n=12) disfunción diastólica. Pudimos comprobar como las cifras de PA, determinadas mediante un registro de MAPA, eran idénticas entre ambos grupos y por tanto no discriminaban a los hipertensos con disfunción diastólica. Sin embargo, en los primeros existía una elevación significativa del principal marcador de síntesis del colágeno tipo I, el péptido C-terminal del colágeno tipo I (o PIP) y una tendencia a tener también niveles superiores de marcadores de degradación (tabla 1). Interpretamos que el aumento de los marcadores de degradación como un sistema adaptativo para evitar la progresión de la citada disfunción diastólica. Los mecanismos por los que se pondría en marcha la citada adaptación deben ser fruto de posteriores estudios.

CONCLUSIONES

En la hipertensión esencial con disfunción diastólica existe un aumento del principal precursor de la síntesis del colágeno y una cierta tendencia, probablemente compensatoria, a elevar también algunos marcadores de degradación.

Marcadores de síntesis y degradación del colágeno y función diastólica

	Con DD (n=28)	Sin DD (n=12)	p<
MMP-1	$3,6 \pm 4,7$	$1,6 \pm 1,6$	=0,05
TIMP-1	$104,6 \pm 32,6$	$95,2 \pm 29,3$	NS
PIP	$82,3 \pm 23,3$	$64,7 \pm 13,1$	0,005
TGF-beta	$42,4 \pm 11,4$	$40,8 \pm 22,6$	NS
ICTP	$330,0 \pm 296,6$	$199,0 \pm 101,7$	0,05

RV-08 IMPORTANCIA DE LA PATOLOGÍA DIABÉTICA EN UNA CONSULTA MONOGRÁFICA DE ARTERIOPATÍA PERIFÉRICA

F. Martínez Peñalver¹, M. Rico Corral¹, I. Pérez Camacho², A. Leal Luna¹, R. Domínguez Álvarez¹, B. García Casado¹, A. De la Cuesta López³, R. Pérez Cano¹

¹Servicio de Medicina Interna B, ²Rehabilitación, ³Servicio de Cirugía General. Hospital Virgen Macarena. Sevilla.

OBJETIVOS

Describir las características de una población de 199 pacientes diabéticos en una Consulta Monográfica y Multidisciplinar de Lesiones Isquémicas Crónicas en MMII.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo sobre 199 pacientes que acudieron a nuestra Consulta Monográfica y Multidisciplinar de Arteriopatía Periférica en miembros inferiores y que además tuvieran el diagnóstico de Diabetes Mellitus en seguimiento entre los meses de Diciembre de 2005 y Marzo de 2007. Se aplicó sobre ellos un cuestionario con una serie de ítems consensuados entre todos los médicos responsables de dicha Consulta. Para el análisis estadístico se empleó el programa SPSS v14.0.

RESULTADOS

La edad media poblacional fue de 72,12 años, con una edad media al dx de EAP de 68 años y 3 meses y una distribución por sexos de un 72,4% de hombres y un 27,6% de mujeres. Los factores de riesgo cardiovascular acompañantes más frecuentes fueron el tabaquismo (67,3%), la hipertensión arterial (60,3%), y la dislipemia (50,8%). En estos pacientes diabéticos con EAP apareció algún tipo de cardiopatía en el 38,7% de los casos, y eventos cerebrovasculares en el 21,6%. Se observaron, entre los actos quirúrgicos realizados a estos pacientes, que un 29,1% había sufrido la amputación de al menos un dedo, un 13,6% había sufrido la amputación del tercio distal de un pie, un 27,1% había sufrido una amputación supracondílea unilateral, y un 3% presentaba una amputación supracondílea bilateral. En el subgrupo de diabéticos fumadores, el 28,4% al menos una amputación supracondílea, y el 3,7% una amputación supracondílea bilateral.

DISCUSIÓN

La Diabetes es una de las principales causas para controlar la EAP. En nuestra serie de pacientes diabéticos, venimos observando, en los diferentes puntos de corte de nuestra recogida de datos, que en comparación con el total de enfermos, el porcentaje de amputaciones presenta unos índices ligeramente superiores. Si además extraemos a los no fumadores y nos quedamos con un grupo de pacientes diabéticos fumadores obtenemos como resultado una mayor morbilidad en cuanto a eventos arteriales periféricos se refiere. Sobre la terapia farmacológica, en estos pacientes existen recomendaciones sobre la restricción del uso de los betabloqueantes debido al aumento de resistencia insulínica que éstos inducen, algo que en nuestra Consulta procuramos llevar a la práctica, prescribiéndose en caso muy contados (8%) y optando siempre por los cardioselectivos. El hecho de que un 64,6% de estos pacientes presenten necesidad de insulina en su tratamiento nos habla de una población diabética de larga evolución en su mayoría con un control glucémico insuficiente hasta el momento a los que el tratamiento oral se les ha quedado corto.

CONCLUSIONES

Se requiere un control intensivo de los factores de riesgo vascular atribuibles a la población. El control de la Diabetes Mellitus es necesario e imprescindible para evitar la aparición tanto de complicaciones de la propia EAP como de eventos coronarios o cerebrovasculares.

RV-09 HIPERTENSIÓN ARTERIAL SECUNDARIA EN UNA CONSULTA DE ALTA RESOLUCIÓN

D. López Carmona¹, M. Carrillo de Albornoz², B. Sobrino¹, P. Aranda Lara³, N. Muñoz Roca¹, J. García Romero², J. Martínez González¹, R. Gómez Huelgas¹

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

²Escuela de Medicina del Deporte. Complejo Hospitalario Virgen de la Victoria. Málaga.

OBJETIVOS

La consulta de alta resolución de Medicina Interna (CARE), se plantea como una nueva modalidad asistencial en íntima relación y coordinada con Atención Primaria. Esta interrelación posibilita una mejor selección de pacientes una atención mas adecuada. En el presente trabajo se analiza los posibles factores desencadenantes o descompensantes de la presión arterial que motiven una especial dificultad para su control por Atención Primaria.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se analizan prospectivamente 500 paciente con HTA que se derivan de Atención primaria a la consulta CARE por su especial idiosincrasia y dificultad para el manejo. Se realizó una búsqueda activa de HTA secundaria y de desencadenantes o factores descompensantes de la misma. En primer lugar se realizaba a todos los pacientes una batería de test estándar el mismo día en que acudían a consulta. (EKG, RX tórax y analítica básica de sangre y orina). En segundo lugar, a aquello paciente que presentaban características peculiares clínicas o analítica, se realizaban una serie de estudios mas específicos y enfocados al problema sospechado (estudio hormonal (TSH, PTH, Cortisol, ACTH, ARP, Aldosterona, metanefrinas urinarias), ecografía abdominal, ecocardio, Polisomnografía, MAPA, Nefrograma isotópico, angiorresonancia, arteriografía renal.

RESULTADOS

1. Fármacos: 88 (17,6%). 64 Aines y 24 por otros fármacos (corticoesteroides, anabolizantes, anticonceptivos, THS, ciclospolina, bupropion).
2. Enfermedad renal: 91 (18,2%). IRC 48 casos, 16 monorrenos, 15 vasculorrenales, 6 glomerulonefritis, 4 poliquistosis, 2 riñón esponjoso medular, 1 otros.
3. Central: 65 (13%). Obesidad Mórbida 39. Saos 15. SNC 10 (Hemorragia intraparenquimatosas, Hipertensión intracraneal). 1 Asma y trat.
4. Endocrino-metabólico 36 (7,2%). hiperaldosteronismo hiporreninémico 7. Adenoma suprarrenal productor de Cortisol 1. Hiperplasia Suprarrenal bilateral 1. Abuso de Regaliz 1. Saturnismo 1. Hipotiroidismo 18. Hipertiroidismo 5. Hiperparatiroidismo 2.
5. Otros: Coartación Aorta 2. Embarazo 6.

DISCUSIÓN

Se considera que la hipertensión arterial secundaria tiene una prevalencia del 5-10%. En nuestro estudio encontramos cifras mucho mas altas. Estos resultados vendrían dados por las características particulares de la muestra, ya que está población ha sido sometida a un cribaje coordinado entre Atención Primaria y CARE. Dicha selección provoca que la población atendida en una consulta especializada se adapte mas a las necesidades y medios que un centro de tercer nivel puede ofrecer. El interés específico de localizar una causa de HTA secundaria o factor descompensador de la TA estriba en la posibilidad de establecer un tratamiento causal, en ocasiones curativo, y en su defecto uno específico, para la patología en cuestión.

CONCLUSIONES

- Un modelo de consulta especializada de alta resolución, coordinado con Atención primaria, puede influir decisivamente en:
- La selección optima de aquellos pacientes con HTA que consultan en atención especializada.
 - El diagnóstico de HTA secundaria y la identificación de factores de descompensación.
 - La óptima utilización de recursos, utilizando los mismos en una población seleccionada con alta probabilidad de HTA secundaria.

RV-10 ¿ES LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL UN ESTADO PRO-FIBROGÉNICO?

A. Vallejo¹, P. Stiefel¹, D. Nieto¹, E. Pamiés¹, V. Alfaro¹, M. Miranda¹, C. Macias², L. Jiménez²

¹Servicio de Medicina Interna (UCAMI-UCERV), ²Servicio del Laboratorio Clínico. Complejo Hospitalario Virgen del Rocío. Sevilla.

OBJETIVOS

La fibrosis se produce como resultado de la acumulación de las fibras de colágeno tipo I debido a que su síntesis, por los fibroblastos, está estimulada y su degradación está disminuida o es normal. Se sabe que la hipertensión arterial (HTA) es un estado pro-fibrótico, y por ello, una de las características de la cardiopatía hipertensiva es la disfunción diastólica, es decir, la dificultad para conseguir una adecuada relajación en diástole del ventrículo izquierdo. Nuestros Objetivos en el presente estudio fueron: 1). Evaluar la actividad fibrogénica en un grupo de 47 pacientes diagnosticados de HTA comparados con 22 controles, midiendo diferentes marcadores de síntesis y degradación del colágeno tipo 1, y 2.) evaluar la influencia de la presión arterial (PA) medida mediante un registro de monitorización ambulatoria de la PA (MAPA) en dichos marcadores.

MATERIAL Y MÉTODOS

Medimos las concentraciones séricas del propéptido C-terminal del colágeno tipo I (PIP), un marcador de síntesis de colágeno tipo I, así como las concentraciones séricas del telopéptido C-terminal del colágeno tipo I (ICTP) y metaloproteasas de la matriz extracelular (MMP-1), ambos, marcadores de degradación del colágeno tipo I. También medimos las concentraciones del Factor de Crecimiento Transformante beta 1 (TGF- b1), ya que éste posee actividad fibrogénica. El PIP, MMP1 y TGF-b1 fueron medidos por ELISA y el ICTP por Electroquimioluminiscencia. En el grupo de hipertensos se practico un registro de MAPA que se programó para hacer lecturas automáticas cada 20 minutos durante 24 horas.

RESULTADOS

Los pacientes con HTA comparados con los controles presentaban un aumento del PIP (en ng/ml: $75,8 \pm 21,7$ vs. $56,1 \pm 9,6$, $p < 0,0001$) y un descenso de ICTP (en pg/ml: $213,2 \pm 111,6$ vs. $345,5 \pm 110,9$, $p < 0,0001$). No existían diferencias significativas en cuanto a los niveles de MMP1 y TGF-b1. El registro de MAPA no mostró ninguna correlación significativa entre los niveles de PA sistólica o diastólica media de 24 h, o la carga de PA sistólica o diastólica, y los reseñados marcadores de síntesis o degradación del colágeno.

DISCUSIÓN

El principal hallazgo de nuestro estudio es la existencia de un aumento en la síntesis de colágeno tipo I en el grupo de hipertensos esenciales en relación al grupo control de sujetos normotensos, evidenciado por un aumento de las concentraciones séricas del PIP en el grupo de hipertensos. Este hallazgo ha sido previamente observado también por un grupo español, tanto en ratas, como en humanos (Diez *et al.* Circulation; 1996;93:1026-1032; Diez *et al.* Circulation 1995; 91:1450-1456, López *et al.* Circulation 2001; 104: 286-291). Sin embargo, dichos autores recogieron cifras de PIP elevadas con cifras de ICTP normales. Por tanto, y hasta donde nosotros sabemos, nuestro estudio es el primero en el que se recoge un aumento de la síntesis coincidente con una disminución de la degradación del colágeno tipo I. Los mecanismos por los que la degradación del colágeno podría estar disminuida en un grupo de hipertensos esenciales debería ser fruto de posteriores estudios. Pero de acuerdo con nuestros datos, ni el aumento de la síntesis, ni la disminución de la degradación, tiene relación con las cifras de PA obtenidas en un registro de MAPA.

CONCLUSIONES

En nuestro grupo de pacientes hipertensos hemos observado un aumento de la síntesis y una disminución de la degradación del colágeno tipo 1 que es independiente del efecto mecánico de la propia elevación de las cifras de PA.

RV-12 PREVALENCIA DE FACTORES DE RIESGO VASCULAR EN PACIENTES ATENDIDOS EN ATENCIÓN PRIMARIA DEL ÁREA URBANA DE MÁLAGA

M. López Carmona¹, N. Macías Vega¹, S. Jansen Chaparro¹, A. Baca Osorio², J. Mancera Romero², F. Paniagua Gómez², R. Guijarro Merino¹, R. Gómez Huelgas¹

¹Servicio de Medicina interna, ²Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria. CS "Ciudad Jardín". Complejo Hospitalario Carlos Haya. Málaga.

OBJETIVOS

Determinar la prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en una población atendida en Atención primaria.

MATERIAL Y MÉTODOS

Adultos (mayores de 18 años) de ambos sexos pertenecientes a una muestra aleatoria de la población atendida en un Centro de Salud urbano del área Norte de Málaga capital. A todos ellos se les interrogó sobre sus antecedentes y hábitos tóxicos, se les determinó el peso, talla, perímetro de cintura y presión arterial y se les practicó una analítica sanguínea tras 12 horas de ayuno para cuantificar las concentraciones plasmáticas de glucosa, colesterol total, HDL y LDL y triglicéridos. El análisis estadístico se realizó con el paquete estadístico EPI INFO 2000.

RESULTADOS

Se estudiaron 1224 pacientes de edades comprendidas entre 19 y 83 años de los que el 38% eran varones y el 62% mujeres. Un 5,4% tenían antecedentes familiares de patología cardiovascular y el 17,3% de diabetes. 719 (58,7%) eran sedentarios. Un 67,3% del total tenía un índice de masa corporal ≥ 25 kg/m² (34,5% sobrepeso y 32,8% obesidad). Un 59,4% tenía HTA y un 29,6% diabetes mellitus. El 21,4% eran fumadores activos y el 12,5% ex-fumadores. El 46,4% presentaban cifras de LDL mayores de 130 mg/dl o tomaba hipolipemiantes y un 25,2% tenía cifras bajas de HDL-C para su sexo. Un 33,1% consumían fármacos para el control de los factores de riesgo vascular. Existía un 11,3% de pacientes diagnosticados de enfermedad cerebro o cardiovascular. Un 5,2% presentaban una microalbuminuria superior a 30 mg en 24 horas y un 9,7% un aclaramiento de creatinina inferior a 70 ml/min.

CONCLUSIONES

La presencia de factores de riesgo cardiovascular en la población analizada es elevada. El consumo de fármacos para controlar dichos factores alcanza a un tercio de los pacientes atendidos en Centros de Salud. El papel de los médicos de Atención Primaria es fundamental para el necesario control de estos factores y la prevención del desarrollo de eventos cardiovasculares asociados a los mismos.



RV-13 TRATAMIENTO CON GLITAZONAS EN PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2: TOLERANCIA Y EFECTOS SECUNDARIOS

G. Ojeda Burgos¹, M. Villalobos Hernández¹, S. Puertas¹, R. Arnedo Diez de los Ríos¹, R. Ivanova¹, A. Garrido¹, M. López¹, J. Pinzón Martín²

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Endocrinología y Nutrición. Complejo Hospitalario Virgen de la Victoria. Málaga.

OBJETIVOS

Conocer la tolerancia y los efectos secundarios del tratamiento con glitazonas en pacientes con Diabetes Mellitus (DM) tipo 2 en nuestro medio.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo. Se incluyeron 47 pacientes con DM tipo 2 y mal control metabólico (HbA1C>7%), en tratamiento con anti-diabéticos orales o insulina. Los pacientes eran valorados en atención primaria y derivados a la consulta de endocrinología en su hospital de referencia. Todos pertenecían al distrito oeste de Málaga. Se consideraron como criterios de exclusión la presencia de insuficiencia renal grave, insuficiencia hepática, insuficiencia cardíaca, embarazo y lactancia. Variables analizadas: demográficas (sexo, edad), antropométricas (peso, talla, índice de masa corporal, índice cintura cadera), analíticas (glucemia basal, hemoglobina glicosilada, colesterol, triglicéridos, transaminasas y función renal, microalbuminuria), datos del tratamiento (tratamiento previo, tipo de glitazona, fechas de inicio y finalización, tolerancia al tratamiento).

RESULTADOS

Media de seguimiento: 7 meses. 38,3% varones, 61,7% mujeres, edad media: 56 años. Tratamientos previos: metformina en monoterapia (21,3%) o asociada a una sulfonilurea (21,3%) o a una metiglinida (14,9%). Se añadió tratamiento con rosiglitazona en un 87% y rosiglitazona con metformina en un 10,9%. No se observaron modificaciones en las variables antropométricas ni en los perfiles lipídicos o glucémicos tras el seguimiento. Valores medios: peso 85Kg, IMC 31,9, Colesterol total 207,9, HDL 48,45, LDL 116,52, Triglicéridos 231,97. HbA1C 7,61% y glucemia 169 mg/dL. Presencia de hipoglucemias en 8,1%. Se registraron 3 casos de hipertransaminasemia leve con unos valores medios de GOT de 52,8, GPT de 52 y GGT de 42,6. La tolerancia al tratamiento fue buena en un 40,6%, aceptable en un 31,3% y mala en un 28,1%. Entre los que presentaron mala tolerancia la edad media fue de 46 años y la frecuencia de patología asociada fue de 88,9% con un 44,4% de HTA y un 44,4% Dislipemia. La HbA1c media fue de 7,62 inicialmente y de 8,4 tras el seguimiento. Ninguno de ellos presentó hipoglucemias. En global hubo que realizar ajustes en el tratamiento en un 44,1% de la muestra. Un 51,1%, fueron derivados nuevamente a atención primaria para continuar seguimiento, mientras que en un 29,8% de los casos se optó por continuar seguimiento especializado. Hubo 9 pérdidas.

CONCLUSIONES

La presentación de efectos secundarios relacionados con el consumo de glitazonas en los pacientes incluidos en nuestro medio es poco frecuente. La tolerancia del paciente al medicamento es mayoritariamente buena, relacionándose aquellos casos de peor tolerancia con pacientes más jóvenes, con más patología asociada, con peor control metabólico inicial y muy probablemente subsidiarios de insulinización. Finalmente el uso de glitazonas en el tratamiento de pacientes con DM tipo 2, incluidos en nuestro estudio, no reporta mejorías en las cifras de hemoglobina glicosilada.

RV-14 NIVELES ANORMALES DE ANTIOXIDANTES EN UNA AMPLIA MUESTRA DE PACIENTES CON TRASTORNOS HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO

V. Alfaro¹, M. Miranda¹, A. Vallejo¹, E. Pamiés¹, P. Stiefel¹, M. Nieto¹, O. Muñoz¹, L. Jiménez²

¹Unidad Clínico-experimental de Riesgo Vascular.-UCAMI. Medicina interna, ²Servicio de Laboratorio. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.

OBJETIVOS

Estudios previos han demostrado un aumento del estrés oxidativo en la preeclampsia (PCL) pero este hallazgo no está establecido en otros trastornos hipertensivos del embarazo. Nuestro objetivo es estudiar marcadores de peroxidación lipídica y defensas antioxidantes en una amplia muestra de pacientes con enfermedad hipertensiva del embarazo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se estudiaron 339 mujeres embarazadas: 85 con hipertensión gestacional (HG), 88 con hipertensión crónica (HC), 104 con PCL y 62 embarazadas sanas como control (EC). Se les determinaron marcadores de peroxidación lipídica y defensas antioxidantes por espectrofotometría o enzimainmunoanálisis.

RESULTADOS

Marcadores antioxidantes

	HG	HC	PCL	EC	valor de p
TAS (umol/L)	1108,2 ± 105,	1092,4 ± 88,2	1141,4 ± 123,5	1126 ± 72,9	<0,008
GPX (U/g Hb)	85,9 ± 22,0	86,4 ± 20,9	82,1 ± 23,5	77,2 ± 19,7	<0,004
GRX (mU/g Hb)	6384,3 ± 261,9	6724,6 ± 1154,1	6287,9 ± 1399,9	6044,4 ± 1208,4	<0,01
SOD (U/g Hb)	964,4 ± 116,5	970,0 ± 120,4	971,2 ± 137,5	1063,4 ± 133,7	<0,00
CAT (U/mg Hg)	313,0 ± 71,7	292,2 ± 45,3	297,1 ± 47,2	215,5 ± 26,2	<0,000
GSSG (umol/L)	185,6 ± 68,9	194,7 ± 75,0	184,3 ± 78,3	85,1 ± 27,5	<0,000
GSH (umol/L)	2,6 ± 0,6	2,7 ± 0,8	2,7 ± 0,9	3,3 ± 1,3	<0,003
G6PDH (U/g Hb)	8,0 ± 1,9	8,1 ± 2,0	8,2 ± 2,1	9,1 ± 2,0	<0,04

Marcadores de oxidación

	HG	HC	PCL	EC	valor de p
LDL-ox (mU/mL)	522,6 ± 399,2	490,4 ± 338,3	504,0 ± 450,9	335,4 ± 373,0	NS
FFA (umol/L)	514,6 ± 194,6	501,3 ± 197,4	555,2 ± 230,1	351,4 ± 146,1	<0,000
Nitritos-nitratos (umol/L)	25,85 ± 11,80	25,00 ± 13,10	31,50 ± 15,08	26,80 ± 8,39	<0,002
MDA (nmol/L)	1,50 ± 0,30	1,60 ± 0,30	1,70 ± 0,50	1,60 ± 0,40	NS

Características antropométricas

	HG	HC	PCL	EC	valor de p
Edad (años)	30,3 ± 5,2	31,7 ± 4,0	29,5 ± 6,3	27,0 ± 7,8	<0,04
IMC (kg/m ²)	31,1 ± 4,3	32,4 ± 6,8	28,4 ± 5,1	25,0 ± 5,3	<0,000
PAS (mm Hg)	151,2 ± 10,1	154,7 ± 18,2	160,0 ± 16,5	110,0 ± 16,0	<0,000
PAD (mm Hg)	96,4 ± 7,4	98,0 ± 9,3	101,7 ± 8,7	66,6 ± 11,5	<0,000
Peso fetal (g)	2928,0 ± 530,0	3468,7 ± 354,0	2165,4 ± 857,6	3011,±615,0	<0,001

CONCLUSIONES

Nuestros resultados muestran un desbalance entre marcadores de oxidación-reducción de manera que un incremento del estrés oxidativo se asocia a un descenso de la capacidad de los sistemas antioxidantes y no sólo en la preeclampsia sino en todos los tipos de enfermedad hipertensiva del embarazo.

RV-15 PREVALENCIA DEL SÍNDROME METABÓLICO EN PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO

L. Valiente De Santis¹, L. Muñoz Jiménez², R. Peñafiel Burkhardt², B. Sobrino Díaz¹, M. López Carmona¹, A. Villalobos Sánchez¹, A. Esteban Luque², C. Urbano Carrillo²

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

OBJETIVOS

Describir la prevalencia y características del síndrome metabólico (SM) en pacientes ingresados por síndrome coronario agudo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo observacional no controlado de la práctica clínica. Se incluyen 71 pacientes consecutivos ingresados por síndrome coronario agudo (SCA) durante 3 meses. Se recogen datos epidemiológicos, antecedentes familiares de enfermedad coronaria y presencia de factores de riesgo cardiovascular: hipertensión arterial (HTA), diabetes mellitus (DM) o glucemia alterada en ayunas y hábitos tóxicos, así como datos antropométricos y perfil lipídico según analítica completa realizada al ingreso en planta de Medicina Interna o Cardiología de los pacientes. Utilizamos como referencia los criterios y medidas de corte propuestos por la International Diabetes Federation (I.D.F) en el año 2005 para definir el síndrome metabólico.

RESULTADOS

Analizamos 71 pacientes ingresados consecutivamente por SCA, de los cuales el 84,5% fueron varones y 15,5% mujeres. La edad media de los pacientes fue 60,9±11,98 años. Un 33,8% de los pacientes presentan antecedentes familiares de enfermedad coronaria. El 76,1% eran fumadores. En el momento del ingreso, un 70,5% de los pacientes presentaban un LDL-colesterol por encima de 100 mg/dl. Un 69% de los pacientes ingresados por síndrome coronario agudo (63,9% de las mujeres y 71,7% de los varones), cumplían criterios de SM según la definición de IDF. Respecto a la prevalencia de los componentes del SM, el 66,2% eran hipertensos, el 57,7% cumplían criterios diagnósticos de DM tipo 2 o de glucemia basal alterada, el 46,5% presentó niveles de triglicéridos >150mg/dl y en el 66,2% el HDL-colesterol se encontró disminuido (menor o igual a 40 mg/dl en hombres y a 50 mg/dl en mujeres). El 85,9% presentó obesidad abdominal, definida por un perímetro de la cintura igual o mayor a 80 cm en mujeres y 94cm en hombres. Además el 57,7% presentaba un Índice de Masa Corporal (IMC) >25 kg/m² y el 62% un Índice Cintura-Cadera (ICC) elevado (mayor o igual a 0,8).

DISCUSIÓN

El SM se caracteriza por la agregación de un grupo de factores de riesgo metabólicos en un solo sujeto, destacando la obesidad troncular como elemento central. En diferentes trabajos que usan los criterios de la I.D.F se describen cifras de prevalencia del SM en población general en nuestro medio en torno al 22% en varones y al 19% en mujeres. Los pacientes con SM tienen un riesgo elevado de desarrollar complicaciones cardiovasculares y diabetes tipo 2. Se ha comunicado que hasta un 78% de los pacientes con SM desarrollarán un SCA. En nuestra serie de pacientes con SCA, con una edad media de 60 años, el 69% reunían criterios de SM (IDF). No hubo diferencias por sexo. Los componentes más prevalentes del SM fueron la obesidad abdominal (86%) y el HDL-colesterol bajo (66%).

CONCLUSIONES

La prevalencia de SM entre los pacientes con SCA es elevada, destacando la alta prevalencia de HDL-colesterol bajo y de obesidad troncular. También destaca el alto porcentaje de fumadores activos en nuestra serie. Este estudio confirma que, además de los factores de riesgo clásicos, la obesidad abdominal y los factores de riesgo relacionados son muy prevalentes en los pacientes con cardiopatía isquémica.

RV-16 ASOCIACIÓN DE ANTICUERPOS ANTI-CÉLULAS ENDOTELIALES CON DIFERENTES FACTORES DE RIESGO VASCULAR EN PACIENTES HIPERTENSOS SIN ENFERMEDAD CLÍNICA ASOCIADA

A. Vallejo¹, V. Alfaro¹, A. Álvarez², E. Pamiés¹, P. Stiefel¹, O. Muñiz¹, M. Miranda¹, J. Villar¹

¹Unidad Clínico-Experimental de Riesgo Vascular.-UCAMI. Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Inmunología. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.

OBJETIVOS

Investigar la presencia de anticuerpos anti-células endoteliales (AECA) en pacientes hipertensos sin enfermedad vascular clínica y su posible asociación con diferentes factores de riesgo vascular.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se estudiaron 42 pacientes consecutivos procedentes de la Unidad de Riesgo Vascular del Servicio de Medicina Interna, a los que se determinó variables antropométricas, presión arterial y patrón circadiano según MAPA, perfil lipoproteico, parámetros de metabolismo hidrocarbonado y PCR ultrasensible. A todos ellos se les determinaron AECA por inmunofluorescencia indirecta ante células endoteliales de cordón umbilical humano (HUVEC).

RESULTADOS

Presentaron AECA negativos 20 pacientes (Grupo A) y AECA positivos con patrón granular 22 pacientes (Grupo B). El grupo B se caracterizó por un peor perfil aterogénico que el grupo A, manifestado por niveles significativamente más elevados de colesterol LDL, cociente LDL/ApoB, cociente LDL/HDL y cociente colesterol total/HDL, y por niveles significativamente más bajos de ApoA1. No hubo diferencias significativas en cuanto al resto de parámetros estudiados entre ambos grupos.

DISCUSIÓN

La presencia de AECA se ha descrito en asociación con diversas enfermedades inflamatorias y autoinmunes que implican daño vascular. Su presencia en sujetos hipertensos podría discriminar un subgrupo de pacientes con un mayor perfil de riesgo vascular.

CONCLUSIONES

Nuestros resultados sugieren que la presencia de AECA se podría comportar como un marcador precoz de riesgo vascular en pacientes hipertensos.

ANTICUERPOS ANTI-CÉLULAS ENDOTELIALES

	AECA negativo (n=20)	AECA positivo (n=22)	Valor p
Colesterol total (mg/dl)	191 ± 36	202 ± 24	0,26
HDLc (mg/dl)	55 ± 12	53 ± 11	0,5
LDLc (mg/dl)	102 ± 42	124 ± 22	0,04
Triglicéridos (mg/dl)	137 ± 65	129 ± 59	0,71
ApoA1 (mg/dl)	152 ± 23	138 ± 17	0,04
ApoB (mg/dl)	90 ± 19	95 ± 15	0,4
LDL/ApoB	1,16 ± 0,2	1,30 ± 0,2	0,05
LDL/HDL	1,84 ± 0,8	2,45 ± 0,7	0,01
Colesterol total/HDL	3,4 ± 0,8	4,1 ± 0,9	0,03

RV-17 CARACTERÍSTICAS DIFERENCIALES DE LOS PACIENTES CON CRITERIOS DE SÍNDROME METABÓLICO ATENDIDOS EN ATENCIÓN PRIMARIA

N. Macías Vega¹, G. Urribarri¹, F. Salgado Ordóñez¹, J. Mancera Romero², A. Baca Osorio², M. Kuhn González², R. Guijarro Merino¹, R. Gómez Huelgas¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria, CS "Ciudad Jardín", Distrito M. Complejo Hospitalario Carlos Haya. Málaga.

OBJETIVOS

Comparar las características socioculturales (nivel de estudios y grado de actividad física) de los pacientes con y sin criterios de síndrome metabólico (SM) atendidos en atención primaria con objeto de dirigir mejor los mecanismos de intervención.

MATERIAL Y MÉTODOS

Adultos (mayores de 18 años) de ambos sexos pertenecientes a una muestra aleatoria de la población atendida en un Centro de Salud urbano del área Norte de Málaga capital. Se consideraron criterios de síndrome metabólico los establecidos por la IDF. El nivel cultural se dividió en tres categorías (analfabetos, estudios primarios y secundarios o superiores), al igual que la actividad física (sedentario, menos de 1 hora de ejercicio isométrico al día o más de dicho tiempo). Se realizó un análisis de regresión logística binaria para el análisis multivariante y conocer las variables que se asocian de forma independiente a SM.

RESULTADOS

Se estudian 1224 pacientes entre 19 y 83 años. Presentaban criterios de SM por la IDF 437 (35,7%). Más del 80% de los pacientes con SM no habían completado estudios primarios frente a menos del 60% del resto de la muestra ($p=0001$), y además presentaban una mayor tasa de sedentarismo (64,7% vs. 56% $p=0,001$). La proporción hombre/mujer tiende a igualarse en los pacientes con SM (44,6%/55,4% vs. 34,3%/65,6 $p<0,0001$) y la edad media es superior para este grupo (59,6 vs. 45,2 años, $p<0001$). Tras el análisis multivariado encontramos los resultados resumidos en la Tabla:

CONCLUSIONES

1. El SM afecta más a mujeres mayores y sedentarias. El bajo nivel cultural se asocia más a edad avanzada que a SM en sí.
2. Los esfuerzos para prevenir SM se deben centrar en este grupo.

Análisis multivariado

	E primarios	E secundarios	AF esporádica	AF habitual	Sexo Varón	Edad
OR	1,3	0,8	0,6	0,010	0,6	1,05
IC 95%	0,88-1,9	0,5-1,3	0,45-0,89	0,46-0,91	0,45-0,77	1,04-1,06
p	NS	NS	0,010	0,013	<0,0001	<0,0001

RV-18 PREVALENCIA DE SÍNDROME METABÓLICO Y OBESIDAD EN PACIENTES ATENDIDOS EN ATENCIÓN PRIMARIA DEL ÁREA URBANA DE MÁLAGA

I. Portales Fernández¹, M. López Carmona¹, F. Salgado Ordóñez¹, A. Baca Osorio², L. Linares Castro², R. Guijarro Merino¹, R. Gómez Huelgas¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria, CS "Ciudad Jardín", Distrito M. Complejo Hospitalario Carlos Haya. Málaga.

OBJETIVOS

Determinar la prevalencia de síndrome metabólico y obesidad en una población atendida en Atención primaria.

MATERIAL Y MÉTODOS

Adultos (mayores de 18 años) de ambos sexos pertenecientes a una muestra aleatoria de la población atendida en un Centro de Salud urbano del área Norte de Málaga capital. Se analizaron variables demográficas, antropométricas, clínicas y analíticas. El diagnóstico de síndrome metabólico se realizó siguiendo los criterios definidos por el ATP-III y por la IDF. La existencia de sobrepeso y obesidad se basó en el índice de masa corporal (IMC) según los criterios de la OMS. El análisis estadístico se realizó mediante los test de la t de student y X-cuadrado con el paquete estadístico EPI INFO 2000.

RESULTADOS

Se estudiaron 1224 pacientes entre 19 y 83 años. La proporción de hombres y mujeres fue de 38 y 62% respectivamente. No hubo diferencias entre las edades medias de ambos géneros (51,1+16,7 vs. 49,7+17,5 años). Un 67,3% presentaba un IMC superior a 25 kg/m² (34,5% sobrepeso y 32,8% obesidad). El perímetro de cintura estaba elevado en el 46,2% de los sujetos según criterios de ATP-III y en el 69% según criterios IDF, siendo más frecuente en mujeres. La prevalencia de síndrome metabólico según los criterios de la IDF fue del 35,7% y por los de la ATP III de 31,7%. La frecuencia de síndrome metabólico y obesidad aumentaba por tramos etarios concentrándose entre la 5ª y 8ª década de la vida (tabla I).

CONCLUSIONES

La prevalencia de obesidad y síndrome metabólico en la población malagueña atendida en Atención primaria es elevada y afecta más frecuentemente a personas de mayor edad y a mujeres. Estos pacientes constituyen un grupo que precisa especialmente la aplicación de medidas encaminadas a prevenir la aparición de enfermedades cardiovasculares y el desarrollo de diabetes mellitus.

Progresión de SM, sobrepeso y obesidad por tramos etarios

	18-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80-89
IDF	5,5%	17,6%	28%	42,5%	56,9%	58,7%	50%
ATP	3,7%	14,3%	25,7%	40,7%	48,6%	52,7%	38,9%
IMC>25	17,1%	31,7%	39,6%	40,4%	42%	38,1%	37,5%
IMC>30	11,1%	22,7%	28,1%	39,9%	44,2%	47%	37,5%

RV-19 ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LOS PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2 DERIVADOS DESDE ATENCIÓN PRIMARIA A UNA CONSULTA DE RIESGO VASCULAR

G. Uribarri Sánchez, D. Peña Jiménez, J. Porras Vivas, N. Macias Vega, I. Pérez De Pedro, F. Salgado Ordóñez, S. Santamaría Fernández, R. Gómez Huelgas

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

OBJETIVOS

Analizar las características clínicas de los pacientes diabéticos tipo 2 derivados a criterio de su médico de atención primaria a una consulta de riesgo vascular de un hospital de tercer nivel.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se recoge de forma prospectiva las características de los 100 primeros pacientes consecutivos con diabetes tipo 2 derivados a nuestra consulta en el año 2007. Se analiza la presencia de factores de riesgo vascular: tabaquismo, HTA (TAS >130 mm de Hg y/o TAD >80 mm Hg o estar tomando hipotensores) y dislipemia (HDL <40 mg/dl en varones o <50 mg/dl en mujeres, LDL >100 mg/dl o tomar estatinas, triglicéridos >150 mg/dl o tomar fibratos). Se examina el grado de control metabólico (HbA1c) y la presencia de complicaciones microvasculares (nefropatía, retinopatía, neuropatía) y macrovasculares (cardiopatía isquémica, accidente cerebrovascular, enfermedad arterial periférica) asociadas a la diabetes. Estudiamos el porcentaje de pacientes con síndrome metabólico según criterios IDF y ATP III. Se registra el tipo de tratamiento antidiabético seguido hasta nuestra intervención.

RESULTADOS

La edad media de la población fue de 63,8+/- 9,9 años. Un 53% eran mujeres. El tiempo medio de evolución de la diabetes fue 11,1+/- 9,7 años. El 76% de los diabéticos eran hipertensos, un 75% dislipémicos y un 25% fumadores. Se observó un 40% de pacientes con complicaciones asociadas a la diabetes sobre todo nefropatía (20%), cardiopatía isquémica (18%) y retinopatía (16%). El 68% cumplían criterios IDF de síndrome metabólico y el 63% criterios ATP III. En cuanto al tratamiento, sólo el 50% usaba metformina; un 38% tomaba sulfonilureas (sobre todo glibenclamida). El 39% estaban insulinizados, la mayoría con NPH. Sólo un 32% recibían estatinas, un 58% bloqueantes del SRAA y un 41% antiagregantes. Los hipertensos usaban una media de 2,11+/-1,11 fármacos hipotensores. Sólo el 3% de los pacientes tenían una HbA1c <7%. El porcentaje de pacientes con un adecuado perfil lipídico fue: LDL <100 mg/dl: 35%; HDL >40/50 mg/dl en varones/mujeres: 36%; triglicéridos <150 mg/dl: 54%.

DISCUSIÓN

Los pacientes diabéticos son considerados de alto riesgo vascular por lo que precisan un tratamiento intensivo y global de sus factores de riesgo. En la práctica clínica habitual es muy difícil conseguir estos objetivos como ya se ha demostrado en diversos estudios tanto de ámbito nacional como foráneo. La población diabética remitida a nuestra consulta es de larga evolución y presenta una elevada comorbilidad: casi el 80% eran hipertensos y/o dislipémicos, cerca del 70% tenían síndrome metabólico (IDF) y el 40% presentaban complicaciones metadiabéticas. Destaca el escaso grado de control glucémico de los pacientes remitidos (3%), porcentaje muy inferior al comunicado en pacientes diabéticos seguidos en el ámbito comunitario, lo que reflejaría un sesgo de selección (se derivarían al hospital los pacientes de más difícil control). Igualmente, menos del 40% tenían cifras adecuadas de LDL y HDL colesterol. A pesar de ello, el tratamiento parecía insuficiente en muchos casos; menos del 40% recibían insulina y sólo el 50% tomaban metformina. Es destacable el uso preferencial de insulina NPH y el elevado consumo de glibenclamida. Alrededor del 60% de los pacientes tomaban IECA o ARA-II y sólo el 40% estaban antiagregados. Menos de un tercio estaban tratados con estatinas.

CONCLUSIONES

Los pacientes diabéticos derivados a nuestra consulta tienen una larga evolución, presentan frecuente comorbilidad (hipertensión arterial, dislipemia, síndrome metabólico) y una elevada prevalencia de complicaciones microvasculares y macrovasculares. Se objetiva un deficiente grado de control metabólico (fundamentalmente glucémico) y un uso insuficiente de fármacos recomendados en las distintas guías de práctica clínica. Es destacable la baja tasa de insulinización y el escaso empleo de metformina, estatinas, antiagregantes y de bloqueadores del SRAA.

RV-20 EL ÍNDICE DE MASA CORPORAL DETERMINA UNA DIFERENTE RESPUESTA HIPOLIPEMIANTE TRAS UNA INTERVENCIÓN DIETÉTICA CON LECHE ENRIQUECIDA EN ESTEROLES VEGETALES FRENTE A OTRA CON ÁCIDOS GRASOS OMEGA-3 EN PACIENTES CON HIPERCOLESTEROLEMIA POLIGÉNICA

J. García-Quintana, E. Galán-Dorado, F. Martín, Y. Jiménez, R. Fernández-Puebla, J. López-Miranda, F. Pérez-Jiménez

Unidad de Lípidos y Arteriosclerosis. Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

OBJETIVOS

La ATP-III incide en la necesidad de intervenir sobre los hábitos de vida en la prevención de las enfermedades cardiovasculares. Los alimentos funcionales, consumidos como parte de una dieta equilibrada y acompañados de un estilo de vida saludable, suponen una opción terapéutica en el control de factores de riesgo cardiovascular. Numerosos estudios avalan el papel beneficioso para la salud de ácidos grasos omega-3 y esteroles vegetales. El objetivo del presente estudio fue comprobar el efecto de una dieta con leche semidesnatada enriquecida en esteroles vegetales en la reducción de los niveles plasmáticos de colesterol-LDL frente a otra enriquecida en ácidos omega-3, en función del Índice de Masa Corporal (IMC). Secundariamente, evaluar la influencia de esta intervención dietética sobre los otros componentes lipídicos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio de intervención dietética, cruzado, aleatorizado, simple ciego, sobre 29 pacientes con hipercolesterolemia poligénica. Se administraron 3 dietas (con un seguimiento de 4 semanas cada una) consistentes en una alimentación de tipo mediterráneo y 500 ml al día de leche semidesnatada diferente según la dieta: enriquecida en esteroles vegetales, ácidos grasos omega-3 o leche semidesnatada placebo. Se determinó al inicio del estudio los niveles plasmáticos de colesterol total, colesterol-LDL, colesterol-HDL, triglicéridos (TG), Apolipoproteína A (Apo A), Apolipoproteína B (Apo-B) y Lipoproteína (a), analizando posteriormente los resultados al final de cada periodo de intervención en función del IMC expresado en tertiles.

RESULTADOS

Al comparar la intervención con esteroles vegetales (EV) frente a omega-3 (N-3) y a placebo (Pb), observamos una disminución de los niveles plasmáticos de colesterol-LDL (EV: $134,82 \pm 23,33$ vs. N-3: $137,87 \pm 24,87$ vs. Pb: $156,35 \pm 24,39$; $p < 0,05$), Colesterol total (EV: $210,25 \pm 23,06$ vs. N-3: $209,62 \pm 35,40$ vs. Pb: $236,75 \pm 25,69$; $p < 0,05$) y Apolipoproteína B (EV: $84,75 \pm 11,48$ vs. N-3: $84,88 \pm 11,98$ vs. Pb: $95,75 \pm 11,75$; $p < 0,05$) en el tercil de $IMC \leq 25,2$ a favor de los esteroles vegetales. No hubo diferencias significativas en los tertiles de mayor IMC; ni al analizar TG, ApoA y HDL.

CONCLUSIONES

Una alimentación de tipo mediterráneo junto con leche enriquecida en esteroles vegetales, disminuye más los niveles plasmáticos de colesterol-LDL que el mismo tipo de alimentación con leche enriquecida en omega-3 en pacientes con hipercolesterolemia poligénica siendo estas diferencias estadísticamente significativas sólo en el grupo de pacientes sin sobrepeso ($IMC < 25,2$).

RV-22 ESTUDIO DE PREVALENCIA DE SOBREPESO Y OBESIDAD EN PACIENTES ATENDIDOS EN UNA CONSULTA DE HIPERTENSIÓN

V. Pérez González¹, C. Bautista Vidal², E. Sánchez Ruiz-Granados¹, R. Fernández Parrilla¹, M. González Benítez³, M. Beltrán Robles⁴, M. Pérez Benito², A. Grilo Reina¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Medicina de Familia. Hospital Nuestra Señora de Valme. Sevilla.

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

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

OBJETIVOS

Conocer la prevalencia de sobrepeso y obesidad en una cohorte de pacientes hipertensos atendidos en una consulta hospitalaria.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se incluyeron en el estudio un total de 985 pacientes vistos en consulta en un periodo comprendido entre enero de 2001 y noviembre de 2006. El estudio básico incluyó analítica con perfil lipídico y renal, así como medidas antropométricas: talla, peso y perímetro abdominal.

RESULTADOS

El 93% de nuestros pacientes superaron el peso considerado como sano: 31,1% sobrepeso y 62,1% obesidad. Tan sólo el 6,9% del total presentaron normopeso. En cuanto a obesidad central, la prevalencia alcanzó un 74,31% según la ATPIII, mientras que llegó a ser del 90,35% si utilizamos los nuevos criterios de la IDF.

DISCUSIÓN

Hemos detectado una prevalencia muy alta de obesidad en nuestros pacientes, superando con claridad la media de la población española adulta, cifrada en un 14%. Menos de un 10% tenían normopeso.

CONCLUSIONES

Dada la gran prevalencia de sobrepeso y obesidad en nuestros pacientes hipertensos, probablemente sea necesaria un cambio de estrategia terapéutica, inclinándola más hacia la concienciación para adoptar hábitos de vida saludables encaminados a la pérdida de peso.

RV-24 INSUFICIENCIA CARDIACA EN PACIENTES DIABÉTICOS INGRESADOS EN MEDICINA INTERNA

V. Rodríguez, F. Díez, J. Montes, B. Cervantes, S. López, A. Barnosi, J. Gámir, G. Gómiz

Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Torrecárdenas. Almería.

OBJETIVOS

La insuficiencia cardiaca (ICC) es una complicación frecuente de los pacientes con diabetes mellitus (DM) y a menudo causa de ingreso hospitalario en estos pacientes condicionando una apreciable morbimortalidad. Objetivo: Conocer las características epidemiológicas diferenciales de los pacientes diabéticos que ingresan por ICC en un Servicio de Medicina Interna. Conocer el tipo de tratamiento prescrito y si se ajusta a las propuestas de tratamiento basadas en evidencias firmes, aceptadas en la mayoría de las guías de práctica clínica.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, retrospectivo, comparativo, en el que se analizan las características epidemiológicas así como las recomendaciones médicas y el tratamiento de los pacientes con DM que ingresaron en un Servicio de Medicina Interna por ICC en el periodo de un año, en relación con los pacientes con DM ingresados por otros motivos. Las diferentes variables se analizaron con el programa SSPS 12.0 para Windows. El nivel de significación estadística fue del 5%.

RESULTADOS

Se estudiaron 490 pacientes con criterios de DM, 80 de los cuales (16%) ingresaron por ICC. La edad media de estos pacientes fue de 75 años y el 45% eran varones. Se codificaron una media de 8,75 diagnósticos/paciente y la mortalidad durante el ingreso fue del 6,2%. Tenían criterios de DM tipo-2 71 pacientes. Los Factores de riesgo (FRCV) y enfermedad cardiovascular asociada (ECV) fueron: HTA: 61%; hiperlipidemia: 40%; tabaquismo actual: 15%; obesidad: 20%; ICC previa: 94%; insuficiencia renal: 37%; cardiopatía isquémica: 52%; IAM previo: 21%; ACVA: 15%; arteriopatía periférica: 15%. En relación con los pacientes con DM no ingresados por ICC, en un análisis univariante no se detectaron diferencias significativas respecto a la edad, sexo, ni mortalidad ni comorbilidad. Los pacientes ingresados por ICC tenían con mayor frecuencia obesidad ($p < 0,05$), HTA ($p < 0,05$), ICC previa ($p < 0,001$), insuficiencia renal ($p < 0,05$) y cardiopatía isquémica e IAM previos ($p < 0,01$). Los pacientes con ICC recibieron consejo dietético (74%) y de continuidad asistencial (90%). El 85% fueron tratados para la DM (insulina: 37%, AO: 52%, ambos: 11%). Otros tratamientos relacionados con la ICC/RV, prescritos con significación estadística respecto a los pacientes sin ICC fueron: antiagregación/anticoagulación: 87% ($p < 0,001$); IECAS/ARA-2: 84% ($p < 0,01$); betabloqueantes: 27% ($p < 0,001$); diuréticos: 95% ($p < 0,01$); bloqueantes del calcio: 30% ($p < 0,001$) y estatinas: 40% ($p < 0,05$). Los pacientes a los que se prescribió betabloqueantes eran preferentemente mujeres ($p < 0,05$) tenían mayor frecuencia cardiopatía isquémica o IAM previos ($p < 0,01$) y menor frecuencia de insuficiencia respiratoria crónica ($p < 0,001$), insuficiencia renal ($p < 0,05$) y arteriopatía periférica ($p < 0,05$).

CONCLUSIONES

La ICC es una causa frecuente de ingreso en pacientes con DM, especialmente en pacientes con otros FRV ó ECV conocida. La frecuencia de uso de antiagregación/anticoagulación y de IECAS/ARA2 es aceptable. Sin embargo el uso de betabloqueantes sigue siendo escaso aún contando con la elevada comorbilidad de los pacientes.

RV-26 SAOS E HTA. ESTUDIO DE PREVALENCIA Y COMORBILIDAD EN UNA CONSULTA HOSPITALARIA

E. Sánchez Ruiz-Granados¹, V. Pérez González¹, C. Bautista Vidal¹, R. Fernández Parrilla¹, A. Grilo Reina¹, M. González Benítez², M. Beltrán Robles³, M. Pérez Benito¹

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital Nuestra Señora de Valme. Sevilla.

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

³Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen del Camino. Sanlúcar de Barrameda (Cádiz).

OBJETIVOS

Conocer la prevalencia de SAOS y la comorbilidad asociada a dicha patología en una cohorte de pacientes hipertensos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Pacientes atendidos en la consulta monográfica de HTA desde Enero 2001 hasta Noviembre de 2006. El diagnóstico de SAOS se realizó por estudio polisomnográfico, realizado a pacientes que tenían un test de Epworth superior a 9, estableciéndose diagnóstico de SAOS en los pacientes que tenían un índice de apnea-hipopnea >10. Para el estudio de comorbilidad se consideran como variables a analizar el antecedente o aparición durante el estudio de: cardiopatía isquémica (IAM, angor), insuficiencia cardiaca (>II NYHA), HVI (ecocardio), enfermedad cerebrovascular (AVC, AIT), arteriopatía y afectación renal (Creatinina >1,50 y microalbuminuria en al menos 2 determinaciones). En el análisis descriptivo, las variables cuantitativas se expresan en medias \pm DE y las cualitativas en frecuencias y porcentajes. En el análisis inferencial, se aplicó la prueba Chi-Cuadrado o el test exacto de Fisher (tablas 2x2).

RESULTADOS

De 985 pacientes, con una edad media de $59 \pm 12,9$, 41 (24,5%) eran SAOS. Más de la mitad de ellos lo desconocían. Se estudian distintas variables y se comparan en enfermos con hipertensión y en enfermos con HTA y SAOS, existe mayor porcentaje de hombres que de mujeres en pacientes con HTA y SAOS, la edad media era de 58,78 en enfermos con HTA frente a 60,06 en enfermos con HTA y SAOS, el IMC era mayor en enfermos con HTA y SAOS 31,1 frente a 35,9. El hábito tabáquico era más frecuente en HTA y SAOS, 40,3% frente a 47,7%, la hiperlipemia era también más frecuente 44,4% frente a 39,5% y también había más DM tipo 2 entre los enfermos con HTA y SAOS. Se observa más incidencia de angor, hipertrofia ventricular izquierda y arteriopatía periférica en pacientes HIPERTENSOS con SAOS que en pacientes HIPERTENSOS, alcanzándose significación estadística. Sin embargo la obesidad juega un factor de confusión en el caso de la hipertrofia ventricular izquierda.

DISCUSIÓN

Hemos detectado una prevalencia de SAOS cinco veces superior entre pacientes hipertensos que en población general. El SAOS se ha asociado a mayor incidencia de efectos cardiovasculares, explicados por diversos mecanismos (mayor actividad simpática, disfunción endotelial..)

CONCLUSIONES

A la vista de los resultados podemos afirmar que mantener alta sospecha de SAOS en las consultas de HTA llevará a diagnóstico precoz del mismo y por tanto mejor tratamiento de la HTA con mejoría de las cifras tensionales. La existencia de SAOS supone mayor comorbilidad, siendo considerado el SAOS como un factor de riesgo vascular independiente en el caso de angor y de arteriopatía periférica, considerándose la obesidad como un factor de confusión en el caso de hipertrofia ventricular izquierda. Por tanto el mantener una alta sospecha de esta enfermedad, nos llevaría a un tratamiento precoz que evitaría la aparición de estos eventos cardiovasculares.

RV-27 PREVALENCIA DEL SÍNDROME METABÓLICO SEGÚN LAS DEFINICIONES DEL ATP-III Y LA OMS EN UNA CONSULTA DE MEDICINA INTERNA

B. Escolano Fernández, I. Marín Montín, A. Prados Gallardo, M. Merino Rumin, J. Serrano Carrillo de Albornoz, M. Soriano Pérez

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

OBJETIVOS

Comparar las diferencias en la prevalencia del síndrome metabólico (SM) según las definiciones del Adult Treatment Panel III The National Cholesterol Education Program (ATP-III) y de la Organización Mundial de la salud (OMS) en una consulta de Medicina Interna.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo transversal en consultas de Medicina Interna, en población de 18 a 90 años. Se estudiaron los factores de riesgo así como cada uno de los componentes del Síndrome Metabólico, según ambas definiciones.

RESULTADOS

Estudiamos a 115 pacientes, 59 varones (51,3%) y 56 mujeres (48,7%). La prevalencia del SM según criterios de la OMS fue del 26,1% (30 pacientes) y según los del ATP-III del 49,6% (57 pacientes). No se observan diferencias por sexo en ninguna de las dos definiciones.

DISCUSIÓN

Existen divergencias en la prevalencia del Síndrome Metabólico según los diferentes criterios empleados.

CONCLUSIONES

Se observa que la prevalencia es mayor aplicando los criterios de la ATP-III, por lo que la concordancia es escasa al aplicar ambos criterios. Se necesitaría aunar ambos criterios para definir con homogeneidad el síndrome metabólico.



RV-28 PREVALENCIA DE UN PERFIL LIPÍDICO ATERÓGENO EN PACIENTES DE UNA CONSULTA DE MEDICINA INTERNA

B. Escolano Fernández, M. Merino Rumin, I. Marín Montín, A. Valiente Méndez, A. Prados Gallardo, R. Fernández Ojeda, F. Guerrero Igea, M. Aguayo Canela

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

OBJETIVOS

Evaluar la prevalencia de un perfil lipídico aterógeno y dislipemia en los pacientes demandantes de una consulta de Medicina Interna.

MATERIAL Y MÉTODOS

En un estudio transversal, se recogen durante un periodo de 1 año (enero a diciembre 2006), una muestra consecutiva de pacientes demandantes de una consulta de medicina interna. Se definió perfil aterógeno a los valores del cociente colesterol total/HDL mayor o igual a 5. Se ha realizado una estadística descriptiva con la ayuda de los programas SPSS 13.0.

RESULTADOS

Se evalúan 245 pacientes (144 mujeres, 59%) (101 hombres, 41%). La edad media fue de 59 años (rango de 14 a 88). Menos del 2% de los pacientes acudieron para estudio de dislipemia. La prevalencia global de dislipemia fue del 56,8% (142 pacientes)(54% de las mujeres y 63% de los hombres). Un 47,2% de los pacientes en los que se detectó dislipemia seguía tratamiento hipolipemiente. 24 pacientes presentaban un perfil lipídico aterógeno, lo que supone un 9,6% del total de pacientes y un 19,5% de los que tienen dislipemia.

DISCUSIÓN

Este estudio muestra que la prevalencia de dislipemia en pacientes estudiados en la consulta de medicina interna es alta, del 56,8%.

CONCLUSIONES

Es necesario hacer hincapié en la necesidad de un tratamiento de las dislipemias en los pacientes que acuden por otros motivos distintos a esta alteración metabólica y en los que la dislipemia es un diagnóstico secundario.

RV-30 PREVALENCIA DE HIPOALFALIPOPROTEINEMIA Y FACTORES ASOCIADOS EN RAZÓN DE SEXO, EN UNA CONSULTA DE MEDICINA INTERNA

J. Ruiz Trenado¹, F. Guerrero Igea², A. Prados Gallardo², R. Fernández Ojeda², M. Merino Rumin², B. Escolano Fernández², I. Marín Montín², M. Aguayo Canela²

¹Unidad de Vigilancia de la Salud, ²Servicio de Medicina Interna A. Hospital Virgen Macarena. Sevilla.

OBJETIVOS

Los niveles reducidos de HDL contribuyen a incrementar el riesgo cardiovascular. El objetivo de trabajo fue conocer la prevalencia de la hipoalfalipoproteinemia a nivel de una consulta de medicina interna y los factores asociados a la misma según el sexo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio sobre una población demandante de 797 pacientes (419 mujeres y 378 hombres), recogiendo datos sobre valores de HDL, edad, sexo, hábito tabáquico y patología asociada (obesidad, diabetes mellitus y cardiopatía isquémica). Se definió hipoalfalipoproteinemia para valores de HDL igual o inferiores a 40 mg/dl en mujeres y a 35 mg/dl en los hombres. Estadística: descriptiva ; comparación de medias y variables cualitativas.

RESULTADOS

La prevalencia global de hipoalfalipoproteinemia fue de un 6,9%. (10,6% de los hombres y 3,6% de las mujeres). (ver tabla)

DISCUSIÓN

Se detecta una mayor prevalencia de hipoalfalipoproteinemia en los hombres. La hipertrigliceridemia fue la principal variable que diferenció a las mujeres de los hombres con esta alteración lipídica.

CONCLUSIONES

La hipoalfalipoproteinemia es más prevalente en los hombres de nuestra población demandante. La prevalencia de factores asociados muestra diferencias en razón de sexo: mayor prevalencia de hipertrigliceridemia, obesidad y diabetes en las mujeres; por otro lado, un mayor consumo de cigarrillos en los hombres.

DIFERENCIAS DE LAS VARIABLES EN RAZÓN DE SEXO

Variables	Hombres	Mujeres	Valor de p
Edad	61,2 ± 17,8	62,5 ± 14	NS
HDL	30,8 ± 4,0	35,3 ± 4,4	<0,01
Hipertrigliceridemia	42,5%	73,3%	<0,04
Obesidad	66,7%	91,7%	<0,1
Diabetes	42,5%	66,7%	NS
C. isquémica	30,0%	26,7%	NS
Consumo de cigarrillos	36,4%	22,2%	NS
Diagnostico previo de dislipemia	45%	33%	NS
Tratamiento hipolipemiente previo	35%	33%	NS

RV-32 INFLUENCIA DEL "EFECTO BATA BLANCA" SOBRE LA PREVALENCIA DEL SÍNDROME METABÓLICO. ESTUDIO SANLÚCAR

M. Beltrán Ramos¹, A. López Suárez¹, M. Barón Ramos¹, I. Solino², M. García Sepulveda³, J. Ruiz de Castroviejo², A. Bascuñana¹, J. Ruiz²

¹Servicio de Medicina Interna, ²Urgencias, ³Cuidados Intensivos. Hospital Virgen del Camino. Sanlúcar de Barrameda (Cádiz).

OBJETIVOS

La existencia de diferentes definiciones de síndrome metabólico (SM), y el uso de variables dicotómicas con muy bajos puntos de corte, son algunas razones que puede explicar la controversia que rodea esta entidad. El objetivo del presente estudio es determinar en qué magnitud afecta el fenómeno "bata blanca" al criterio presión arterial del SM y secundariamente a la prevalencia del mismo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio poblacional, transversal con selección aleatoria de una muestra representativa (n=842) de la población residente en Sanlúcar de Barrameda con edades comprendidas entre 50 y 75 años (14048 habitantes), a través del padrón municipal. A los individuos no hipertensos con presiones sistólicas CLÍNICAS entre 130-149 mm Hg (n=155) se les ofreció realizar AMPA domiciliaria (OMRON 705CP). A los no hipertensos conocidos con PAS CLÍNICA >150 mm Hg (n=131) se les ofreció MAPA (SCHILLER BR-102). A efectos del objetivo del estudio definimos efecto "bata blanca" a una PAS<130 y PAD<85 mm Hg tras realizar AMPA o MAPA. Se comparan las prevalencias del criterio presión arterial positivo mediante presión arterial CLÍNICA con las obtenidas mediante AMPA y MAPA. Se analiza cómo influye esta diferencia en la prevalencia del SM.

RESULTADOS

Prevalencia global del SM de 56,8% (NCEP-ATPIII). Presentaron el criterio presión arterial el 83,8% de la muestra, de los cuales un 43% eran hipertensos previamente conocidos, y el 40,8% restante (n=343) presentaron cifras > a 130/85 mm Hg. De éstos, el número de individuos que finalmente aceptó la realización de AMPA o MAPA fue de 201 (58,6%). En este grupo el 50% de los casos presentaron cifras medias de presión arterial <130/85 mm Hg después de realizar AMPA o MAPA, ocasionando esta modificación una reducción del diagnóstico de SM en este subgrupo de 201 individuos del 25%.

CONCLUSIONES

La elevada prevalencia del fenómeno "bata blanca" ejerce su influencia en un sobrediagnóstico del criterio presión arterial y secundariamente en el del propio SM. Sería recomendable descartar el fenómeno bata blanca antes de aceptar un diagnóstico de SM en sujetos no hipertensos con presión arterial >130/85 mm Hg.

RV-33 PREVALENCIA DE HIPERALFALIPOPROTEINEMIA Y SU PERFIL ANTROPOMÉTRICO EN PACIENTES DE CONSULTA DE MEDICINA INTERNA

A. Prados Gallardo¹, J. Ruiz Trenado², I. Marín Montín¹, M. Merino Rumin¹, B. Escolano Fernández¹, M. Rey Rodríguez¹, F. Guerrero Igea¹, M. Aguayo Canela¹

¹Servicio de Medicina Interna A, ²Unidad de Vigilancia para la Salud. Hospital Virgen Macarena. Sevilla.

OBJETIVOS

El aumento de la lipoproteína de alta densidad (HDL) se asocia a un riesgo disminuido de la enfermedad cardíaca coronaria. Nuestro objetivo ha sido valorar la prevalencia de hiperalfalipoproteinemia entre los pacientes que son estudiados en nuestras consultas por otros motivos y analizar su perfil antropométrico.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo transversal. Muestra de 796 pacientes valorados en consulta de medicina interna. Criterio de hiperalfalipoproteinemia: HDL igual o mayor a 60 mg/dl en hombres y 70 en mujeres, con LDL <150 mg/dl y TG <200 mg/dl. Variables en estudio: edad, sexo y la prevalencia de obesidad (IMC igual o mayor de 30 Kg/m²).

RESULTADOS

La prevalencia de hiperalfalipoproteinemia fue 4,47% (24 pacientes). El estudio demostró un predominio del sexo femenino (62,5%). La edad media fue de 67 +- 15 años. El porcentaje de obesidad fue del 54,2%.

DISCUSIÓN

El perfil antropométrico de los sujetos con hiperalfalipoproteinemia de la población demandante presenta una alta prevalencia de obesidad, a diferencia del detectado en los estudios epidemiológicos poblacionales.

CONCLUSIONES

Los pacientes a los que se diagnostica de hiperalfalipoproteinemia a nivel de población demandante son más obesos y de mayor edad que aquellos sobre población no demandante. Nuestro estudio ha sido realizado con "pacientes" cuyo motivo de estudio no era una dislipemia, por lo que los resultados difieren con estudios epidemiológicos previos.



Enfermedad Tromboembólica (T)

T-01 ANÁLISIS DEL TROMBOEMBOLISMO PULMONAR OMITIDO EN URGENCIAS, Y DIAGNOSTICADO EN UNA CONSULTA DE ALTA RESOLUCIÓN DE MEDICINA INTERNA

A. Benavente Fernández, M. Pérez Ramos, M. Raffo Márquez, A. Cabrera Núñez, J. Prado Llano, P. Sosa Rojas, E. García González, M. Del Castillo Madrigal

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

OBJETIVOS

Analizar las características y frecuencia de los casos de omisión del diagnóstico de TEP en pacientes atendidos en el área de urgencias, y remitidos a la CAR, donde fueron diagnosticados. Establecer la utilidad de la consulta de alta resolución.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se analizan los juicios clínicos, motivos de derivación/omisión, las características clínicas y las pruebas complementarias, de los pacientes diagnosticados en la CAR de TEP, entre enero de 2004 y diciembre de 2005. También se analiza la diferencia y porcentaje de ingresos que supone respecto a los pacientes diagnosticados en urgencias de TEP.

RESULTADOS

Durante el período analizado, ingresaron desde urgencias 45 casos de TEP, todos ellos confirmados mediante TAC vascular. En la CAR se identificaron 4 casos de omisión del diagnóstico de TEP, lo que supone el 11'25% del total de los casos. Edad: sexo: Motivos de consulta/omisión: La TEP se confundió con insuficiencia cardíaca derecha en un caso, infección respiratoria/neumonía en dos, y en otro se emitió el juicio clínico de hemoptisis a filiar. En ningún caso se utilizaron escalas clínicas de probabilidad de TEP. Factores predisponentes: en uno de los casos diagnosticados de infección respiratoria, existía un carcinoma basocelular facial activo, y en el otro caso, una TVP de miembro inferior izquierdo. En el caso de insuficiencia cardíaca derecha, no existían causas habituales de insuficiencia cardíaca derecha, tales como broncopatía crónica, SAOS, cardiopatía isquémica o hipertensiva, y el desarrollo fue agudo. Pruebas complementarias: La radiografía de tórax era inespecífica en 3 casos, y en uno presentaba atelectasia basal derecha. El ECG mostraba una FC en todos los casos <100 lpm. En dos casos habían signos de sobrecarga derecha. El patrón S1Q3IT3 no se objetivó en ningún caso. Determinación de D-D y GSA no se realizó en ninguno de los 4 casos.

DISCUSIÓN

El TEP es de muy difícil diagnóstico, por la variabilidad y falta de especificidad de la clínica, así como por la ausencia de datos concluyentes en las pruebas complementarias, abriendo un amplio abanico de diagnósticos diferenciales. Igualmente, en el momento del TEP, pueden concurrir otros procesos. La omisión diagnóstica en urgencias del TEP se produce fundamentalmente por defectos en la interpretación clínica, exploratoria, y de las pruebas complementarias, así como la falta de consideración de factores predisponentes al TEP. Los casos omitidos no supusieron mayor morbimortalidad, siendo alta dentro de la estancia media habitual. Evolutivamente un caso desarrolló cáncer de colon, el resto se han catalogado de origen idiopático o no identificado.

CONCLUSIONES

1. La sospecha clínica, y el contexto de factores predisponentes, es fundamental para establecer el diagnóstico de TEP.
2. En casos de "neumonía" atípica o insuficiencia cardíaca, sin patología habitual concomitante, se debería determinar la probabilidad de TEP mediante la aplicación de escalas clínicas validadas.
3. La Consulta de alta resolución se erige como herramienta útil para el diagnóstico de casos de tromboembolia pulmonar no sospechada en el servicio de urgencias.

T-02 PREVALENCIA Y PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DE LA MUTACIÓN DEL FACTOR V DE LEIDEN EN EL DISTRITO COSTA Y CONDADO DE HUELVA

P. Sosa Rojas, E. García González, M. Del Castillo Madrigal, J. Ramos-Clemente Romero, E. Ramírez Ortiz, M. Romero Jiménez, A. Benavente Fernández, M. Pérez Ramos

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

OBJETIVOS

Estudio de prevalencia del Factor V de Leiden en pacientes derivados para estudio de trombofilia, así como en familiares de primer grado de los mismos. Análisis de: forma de presentación, distribución geográfica, por familias de la mutación, antecedentes personales y familiares, así como los factores de riesgo tromboembólicos. Establecer un perfil clínico de paciente candidato a estudio de trombofilia.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo de pacientes derivados desde Enero de 2005 a Marzo de 2007 al Servicio de Hematología para estudio de trombofilia. Familiares incluidos en el protocolo de cribado genético de aquellos casos guía que presentan estudio positivo para la mutación. Los datos recogidos son: forma de presentación, distribución geográfica, por familias, antecedentes personales y familiares, factores de riesgo tromboembólicos y cardiovasculares.

RESULTADOS

Casos recopilados:50; 22 (44%) hombres y 28 (56%) mujeres, con una DS de edad de 20+/- 5,8 años. Edad media de aquellos que presentan clínica guía:40 años. Distribución geográfica característica con baja incidencia en Distrito Costa (6% de casos) y alta incidencia en Distrito Condado (68%) (Almonte:11; Bollullos:6; Niebla:6; Villalba:6; Manzanilla:3; La palma:1; San Juan:1). 13 casos (26%) de población desconocida/flotante. 44 casos (88%) con antecedentes tromboembólicos en familiares de primer grado. El más frecuente es la TVP (15 casos: 30% del total de 50 casos) y el Ictus isquémico (15 casos: 30%),seguido del IAM (4 casos: 8%) y TEP (1 caso: 2%). 6 casos no presentaron antecedentes familiares de interés. Clínica de debut más frecuente fue la TVP en 10 pacientes (20% del total) seguida de 3 casos de TEP (6%). Resto de los casos (36: 72%) detectados por screening enético familiar. Comorbilidades que implican riesgo tromboembólico: HTA(3 casos: 6%), seguida de la DM (2 casos: 4%), la Dislipemia (2 casos: 4%) y el Déficit de Proteína S (2 casos: 4%). De los 50 casos, 38 (76%) fueron heterocigotos para la mutación,2 fueron homocigotos y 10 están pendientes de la prueba genética tras screening positivo para RPCA.

DISCUSIÓN

La edad media de pacientes con clínica:40 años(45 años según literatura). 14 de los 50 casos presentaron clínica tromboembólica. 36 casos fueron diagnosticados por screening familiar. Formas más prevalentes de presentación según literatura: la TVP y el TEP. En nuestra serie se confirma esta tendencia, si bien la presencia de antecedentes de Ictus Isquémicos hasta en un 30% de los casos y un 8% de IAM en familiares de primer grado es algo que llama la atención respecto a los datos manejados en la literatura donde dichas patologías son relativamente infrecuentes predominando la patología venosa sobre la arterial. Poca incidencia de factores protrombóticos concomitantes con una alta incidencia familiar de eventos tromboembólicos precoces (en edades menores de 50 años). Predominio de casos en el Distrito Condado, esperable teniendo en cuenta el carácter hereditario de la enfermedad y a aglutinación en familias de esta comarca. Los dos casos de homocigotos no presentaron clínica cardinal a pesar de los antecedentes familiares que motivaron el estudio.

CONCLUSIONES

La mutación del Factor V de Leiden es una enfermedad prevalente con un considerable riesgo tromboembólico para pacientes jóvenes, con escasos FRCV concomitantes y en la que el debut suele ser precoz en forma de TVP, TEP, Ictus Isquémicos e IAM. La prevalencia detectada en nuestro estudio es del 0,33% siendo por tanto una patología muy infradiagnosticada (3% según literatura) en nuestro medio. Es una enfermedad que de no sospecharse, condena a determinadas familias a la perpetuación de una morbimortalidad tromboembólica muy elevada que en muchos casos podría ser evitable con la detección de casos guía compatibles con el perfil descrito y el estudio genéticos familiares.

T-03 TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA EN UN HOSPITAL COMARCAL: ANÁLISIS RETROSPECTIVO DE UNA SERIE DE CASOS

R. Tirado Miranda¹, F. Sánchez², M. Alba Herrero³, B. Casas Nicot³, R. Gallardo López³, M. Llamas Cruz⁴, J. Ruiz de Castroviejo⁵, J. Ariza⁵

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Radiodiagnóstico, ³Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria, ⁴Farmacia comunitaria, ⁵Sección Cardiología. Servicio de Medicina Interna. Hospital Infanta Margarita (Córdoba).

OBJETIVOS

El tromboembolismo venoso es una enfermedad muy prevalente en los países desarrollados. Las recientes y menos invasivas técnicas diagnósticas, junto con la aparición de las heparinas de bajo peso molecular han incrementado el interés por esta enfermedad. Nuestro objetivo es realizar un estudio descriptivo de los pacientes con trombosis venosa diagnosticados en nuestro servicio de medicina interna durante los últimos 2 años, con un periodo de seguimiento mínimo de tres meses.

RESULTADOS

Se incluyeron 130 pacientes. El 68% fueron mujeres y el 32% varones. La media de edad fue de 71,7 y 67,5 años respectivamente, con un rango entre 23 y 93 años. La inmovilización (19,4%) y la insuficiencia venosa crónica (22,4%) fueron los factores de riesgo más frecuentes. En 20 pacientes (33,3%) no se encontró ningún factor de riesgo. El filtro de cava fue necesario solo en 5 pacientes (3,03%), dos de los cuales habían sido diagnosticados de neoplasia; otros dos sufrieron una hemorragia cerebral y otro paciente se diagnosticó de hemorragia digestiva. Dos pacientes presentaron una trombosis venosa en miembros superiores, uno de ellos con diagnóstico previo de síndrome antifosfolípido y el otro paciente con diagnóstico posterior de trombofilia hereditaria. Tres pacientes fueron diagnosticados de trombosis mesentérica. El diagnóstico de neoplasia estaba presente o se realizó en el 19% de los pacientes. La enoxiparina fue la heparina de bajo peso molecular más utilizada en el tratamiento agudo. En la mayoría de los casos la administración de heparina de bajo peso molecular, seguido de acenocumarol se mostró seguro y eficaz, permitiendo el tratamiento de forma ambulatoria. A pesar de lo anterior, cinco pacientes presentaron una complicación hemorrágica.

CONCLUSIONES

En nuestra serie la trombosis venosa presenta una gran prevalencia en mujeres. La inmovilización previa y la existencia de insuficiencia venosa crónica fueron los factores de riesgo más frecuentes, aunque en la mayoría de los casos no se detectó ningún factor de riesgo en el momento del episodio índice. La complicación hemorrágica fue infrecuente en el tratamiento con heparina de bajo peso molecular seguido de acenocumarol, que podemos considerar seguro. La utilización de filtro de cava fue excepcional. La localizaciones en venas del miembro superior se asociaron al diagnóstico de trombofilias.

T-04 COMPLICACIONES HEMORRÁGICAS, EN ABDOMEN Y EXTREMIDADES, DE PACIENTES EN TRATAMIENTO CON ANTICOAGULANTES

C. Manzano Badía, R. Creagh Cerquera, R. Joaquina, E. Pujol de la Llave

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

OBJETIVOS

El tratamiento con anticoagulantes, ya sea anticoagulación oral o heparinas, presenta diferentes complicaciones, siendo los hematomas los de mayor morbimortalidad. Nos planteamos revisar los casos de hematomas espontáneos localizados en abdomen y extremidades, diagnosticados en pacientes anticoagulados y/o antiagregados, estudiando sus características clínicas, circunstancias desencadenantes y manejo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Realizamos una revisión retrospectiva de casos diagnosticados de complicaciones hemorrágicas en abdomen y extremidades en nuestro servicio en un periodo de 30 meses

RESULTADOS

En este periodo se diagnosticaron 27 pacientes, de los cuales se ha tenido acceso a 21 historias clínicas; la edad media fue de 72,5 años, de predominio femenino 66,6% (14). En 17 pacientes (80,9%) los hematomas fueron el motivo de ingreso, presentándose en el resto durante la hospitalización. La principal indicación de anticoagulación fue la fibrilación auricular 66,6% (14), seguida de alguna valvulopatía 23,8% (5) y en 2 casos (9,5%) ambas. 16 pacientes recibieron anticoagulación oral, 4 HBPM, 3 anticoagulación oral + HBPM, 1 Heparina Sódica y 1 no tenía prescrito tratamiento antiagregante ni anticoagulante en el momento del diagnóstico. La localización más frecuente fue en pared abdominal 71,42% (15) a nivel de músculos rectos anteriores 93,3% (14), seguida de retroperitoneal 33,3%(7), pélvica 14,8% (3) y otras en el 19% (4). Situaciones desencadenantes se presentaron en 7 casos (valsalva) y valores de TP o TTPA elevados en 17. Todos los pacientes presentaron síntomas locales y 13 de ellos inestabilidad hemodinámica, requiriendo ingreso en UCI 3. La anemización estuvo presente en el 87,5% (18), requiriendo transfusión sanguínea el 66,6% (14). Hubo resolución del cuadro en el 100% de los casos, requiriéndose drenaje quirúrgico en un solo paciente por sangrado en orificio de laparoscopia antigua.

CONCLUSIONES

Podemos decir que los hematomas en abdomen y extremidades se relacionan mas con la sobredosificación de la anticoagulación oral que con el uso de heparinas; en un alto porcentaje (61,9%) provocan inestabilidad hemodinámica: resolviéndose espontáneamente en la mayoría de los casos.



Varios (V)

V-01 ANÁLISIS DE LAS MUTACIONES C282Y Y H63D DEL GEN HFE EN PACIENTES CON SOSPECHA CLÍNICO-ANALÍTICA DE HEMOCROMATOSIS HEREDITARIA

E. García González, M. Del Castillo Madrigal, J. Ramos-Clemente Romero, E. Ramírez Ortiz, M. Romero Jiménez, A. Benavente Fernández, M. Pérez Ramos, M. Raffo Márquez

Servicio de Medicina Interna. Hospital Infanta Elena. Huelva.

OBJETIVOS

Dos mutaciones en el gen HFE son responsables de la mayor parte de los casos de hemocromatosis hereditaria (HH): la C282Y y la H63D; aunque se han descrito otras mutaciones poco frecuentes y de papel menos conocido. Actualmente se utiliza el análisis genotípico para confirmar el diagnóstico, aunque la biopsia hepática se sigue realizando en pacientes con alta sospecha de HH y análisis genético negativo, o para conocer el grado de daño hepático. El objetivo de nuestro estudio es valorar la presencia de las mutaciones C282Y y H63D del gen HFE en pacientes con sospecha clínica y analítica de HH en nuestro centro hospitalario.

MATERIAL Y MÉTODOS

Analizamos la presencia de las dos mutaciones en todos los pacientes con la sospecha o diagnóstico inicial de HH en el H. Infanta Elena de Huelva. El diagnóstico de presunción se había realizado en base a niveles elevados de ferritina (>400 mcg/l) y niveles elevados del índice de saturación de transferrina (>45%). No se excluyó a ningún paciente del estudio.

RESULTADOS

TABLA 1

Genotipo	Normal	C282Y homocigoto	C282Y heterocigoto	H63D homocigoto	H63D heterocigoto	C282Y/H63D
n=15	2 (13,3%)	3 (20%)	2 (13,3%)	2 (13,3%)	4 (26,6%)	2 (13,3%)

15 eran el total de pacientes incluidos en nuestro estudio. De éstos, la enfermedad se confirmó mediante estudio genético en 5 pacientes (los que presentaban la mutación C282Y en estado homocigoto, y los que presentaban la mutación C282Y/H63D), los cuales tenían edades comprendidas entre 45 y 82 años; 4 (80%) eran hombres y 1 (20%) era mujer. Los pacientes en los que no se encontró alteración genética (2 pacientes) y aquellos en los que la alteración no era determinante de HH (los que presentaban la mutación C282Y en estado heterocigoto, y la mutación H63D tanto en estado homocigoto como heterocigoto) fueron sometidos a la realización de una biopsia hepática, pero sólo en uno de los casos pudo confirmarse la enfermedad, encontrándose signos de hepatopatía crónica y depósitos masivos y generalizados de hierro, existiendo una determinación patológica de hierro en biopsia hepática: 18,4 mg de hierro/gr de tejido seco (valor normal 0,5-0,9 mg/gr).

DISCUSIÓN

La HH es una enfermedad muy prevalente en la población general, sin embargo la cifra de enfermos diagnosticados es muy inferior a la esperable en base al área de población atendida. Por otro lado, una característica importante de la enfermedad es su baja penetrancia, esta situación condiciona que el tener la mutación no implica desarrollar la enfermedad; aunque todos nuestros pacientes tenían previamente alteraciones analíticas y alguna característica clínica que nos hacía sospechar ello y además posteriormente los pacientes diagnosticados mediante confirmación genética se han beneficiado del tratamiento a base de fleboextracciones.

CONCLUSIONES

El 33,3% de los individuos de nuestro estudio presentaron alguna de las mutaciones determinantes de HH (la C282Y homocigoto o la mutación C282Y/H63D). Un 20% de los pacientes mostraban la alteración C282Y del gen HFE en estado homocigoto, y un 13,3% mostraban la alteración C282Y/H63D. Ambas parecen ser en nuestro estudio un factor independiente de riesgo para el desarrollo de la sobrecarga férrica.

V-02 SÍNDROME MIELODISPLÁSICO (SMD): REVISIÓN CASUÍSTICA EN EL PERIODO ENERO 2002 - DICIEMBRE 2006

F. Soto Antelo, L. Flores Ramos, A. Krystopchuck, A. Figueiredo, P. Santos Silva

Servicio de Medicina Interna I. Hospital Distrital de Faro (Portugal)

OBJETIVOS

Realizar una revisión casuística de los casos diagnosticados de Síndrome Mielodisplásico en un Hospital Comarcal en el Servicio de Medicina Interna en el periodo de tiempo comprendido entre Enero de 2002 -Diciembre de 2006.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo en 40 pacientes en el periodo comprendido Enero de 2002 a Diciembre de 2006 con diagnóstico basado en la Biopsia ósea excluidos LMMC y AREB-T (clasificación de la OMS). Analizamos las siguientes variables:

- Distribución por sexo y edad.
- Manifestaciones clínicas iniciales.
- Antecedentes Patológicos.
- Alteraciones laboratoriales iniciales.
- Distribución por Subclases de SMD.
- Intercurrencias en el curso de la enfermedad.
- Citopenias.
- Terapéutica.

RESULTADOS

Distribución por Sexo y Edad: Sexo Femenino 19 casos. Sexo Masculino 21 casos. Fem 73,0 años. Masc 71,5 años. Edad media 71,5 años. Manifestaciones Clínicas Iniciales: Astenia 53,1% Anorexia 18,7% Discrasia Sanguínea 15,6% Disnea 12,5% Asintomático 12,5% Fiebre 9,3% Mareos/Lipotimia 9,3% Otros 18,7% Alteraciones Laboratoriales Iniciales: Anemia 96,9%. Leucopenia 59,3% Trombocitopenia 56,2% Distribución por Subclases del SMD: Anemia Refractaria 59,3% Anemia Refractaria con Exceso de Blastos 37,5% Anemia Refractaria con Sideroblastos en Anillo 3,1% Intercurrencias en el curso de la Enfermedad: Cansancio fácil 34,3% Infecciones 15,6% Discrasia sanguínea 9,3% Citopenias: 47% 3 líneas 28% 2 líneas 25% 3 líneas Antecedentes Patológicos: Diabetes 25% Cardiopatías 21,9% HTA 15,6% Alcoholismo 9,4% Conectivopatías 6,2% Otros 21,9% terapéutica: Vit B6, ácido fólico: 40 Transfusión periódica de CE: 17 EPO: 3 Transfusión de CP: 1 Antibioticoterapia: 3 Tuberculostáticos: 1 nº Óbitos 21 Sexo femenino 10 Sexo masculino 11 Sobrevida media 21,5 meses AR 30,5 meses AREB 3,6 meses.

CONCLUSIONES

Estudio retrospectivo. Clasificación (OMS). Resultados sobreponibles a otros estudios excepto supervivencia. Necesidad frecuente de transfusiones. Reducida frecuencia de infecciones o discrasias hemorrágicas. Estratificación de los factores de riesgo para determinar la eficacia de los distintos tratamientos.

V-03 TROMBOEMBOLISMO PULMONAR (TEP): REVISIÓN CASUÍSTICA EN EL PERIODO 2003-2006 EN UN HOSPITAL COMARCAL

F. Soto Antelo, L. Flores Ramos, A. Krystopchuck, A. Figueredo, P. Santos Silva

Servicio de Medicina Interna I. Hospital Distrital de Faro (Portugal).

OBJETIVOS

El Tromboembolismo pulmonar (TEP) es una entidad potencialmente grave, que mantiene una elevada tasa de mortalidad. A pesar de los inequívocos avances en los medios auxiliares de diagnóstico, terapéutica y profilaxis, este índice no ha sufrido alteraciones significativas en los últimos años. El espectro de manifestaciones clínicas del TEP es muy alargado, variando de formas ligeras, inespecíficas, a situaciones potencialmente fatales que cursan con insuficiencia respiratoria grave o/y compromiso hemodinámico. Una elevada sospecha clínica es la llave del diagnóstico. Los exámenes complementarios permiten, principalmente cuando asociados, establecer el diagnóstico definitivo en la mayor parte de los casos. No en tanto, señala-se que algunos de estos medios no siempre están disponibles en el ámbito de la medicina de urgencia hospitalaria.

MATERIAL Y MÉTODOS

Los autores presentan la casuística del TEP en el Hospital Distrital de Faro, en el período comprendido entre 2003-2006. Fueron analizados todos los procesos en que constase el diagnóstico de TEP y, en cada uno, discriminados los siguientes ítems: sexo, edad, factores de riesgo para TEP, presentación clínica inicial, exámenes complementarios de diagnóstico (alteraciones analíticas, gasimétricas, radiológicas, electrocardiográficas, ecocardiográficas, del eco-doppler de los miembros inferiores, de la cintigrafía ventilación/perfusión pulmonar, de la TAC torácica, de la RMN e de la arteriografía pulmonar), terapéutica efectuada, curso clínico y días de internamiento.

RESULTADOS

IDENTIFICACIÓN; FACTORES DE RIESGO; CLÍNICA DEL TEP; EXÁMENES COMPLEMENTARIOS DE DIAGNÓSTICO: ECG, Rx Tórax, Parámetros Analíticos, Gasometría, Ultrasonografía venosa de los miembros inferiores, Ecocardiograma, Cintigrafía pulmonar, TAC helicoidal, RMN, Arteriografía pulmonar; TRATAMIENTO DEL TEP; EVOLUCIÓN; DÍAS DE INTERNAMIENTO.

DISCUSIÓN

Con este estudio retrospectivo, los autores comparan los resultados obtenidos con los referentes a otros centros, intentando establecer un paralelo relativamente a agudeza diagnóstica, datos epidemiológicos y terapéuticas preconizadas.

CONCLUSIONES

Sobre un total de 68 pacientes 40% correspondían al SEXO MASCULINO y un 40% al SEXO FEMENINO; 100% eran de RAZA BLANCA; la EDAD MEDIA 71 años. Los FACTORES DE RIESGO mas importantes son EDAD >40 años 100%, OBESIDAD 20%, ICC 30%, TABAQUISMO 20%, NEOPLASIAS 10%, FRACTURAS 10% y CIRUGÍA RECIENTE 10%. La CLÍNICA: Taquipnea 30%, Disnea 100%, Dolor torácico 30%, Tos 10%, Taquicardia 60%, Hipotensión Arterial 30%, Sincope 10% y Cianosis 10%. Los MEDIOS COMPLEMENTARIOS de DIAGNOSTICO; en el ECG : Bloqueo de Rama Derecha 30%, Inversión de la onda T 10, Taquicardia 60% y Otras alteraciones 10%; en la RX TÓRAX Normal 40%, Atelectasia 10% y Otras Alteraciones 10%, en la GASOMETRÍA ARTERIAL Normal 40%, Hipoxemia 40% e Hipoxemia con Hipocapnia 40%; D-DIMERS Normal 50% y Aumentados 50%; ULTRASONOGRAFÍA DE LOS MIEMBROS INFERIORES, Normal 50%, Trombo visible 30% y Vena no compresible 20%; ECOCARDIOGRAMA: Normal 50%, Dilatación del VD 30% y Trombo visible 20%; ANGIO-TAC: No realizada 30%, Trombo 70%; RMN No realizada 100%; CINTIGRAFÍA PULMONAR No realizada 80%, Probabilidad Media 10% y Probabilidad Alta 10%; ARTERIOGRAFÍA PULMONAR No realizada 100%. En cuanto a la EVOLUCIÓN: Curación 50%, Recidiva 40% y Muerte 10%. En cuanto al TRATAMIENTO: ACO 40%, Heparina de Bajo Peso Molecular 40% y Heparina no Fraccionada 20%. Media de días de internamiento 16,75 días.

V-04 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y HEMODINÁMICAS DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR: ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE NUESTRA EXPERIENCIA

A. Barnosi Marín, L. León Ruiz, B. Cervantes Bonet, F. Gamir Ruiz, A. Lazo Torres, A. Collado Romacho, F. Díez García, G. Gómiz

Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Torrecárdenas. Almería.

OBJETIVOS

La Hipertensión Arterial Pulmonar es una enfermedad rara que afecta cada año a unos 200 españoles. Pretendemos describir las características clínicas, hemodinámicas y evolutivas de los pacientes con Hipertensión arterial pulmonar (HP) atendidos en nuestro servicio de Medicina Interna en los últimos 4 años.

MATERIAL Y MÉTODOS

Análisis retrospectivo de 9 pacientes atendidos desde el 2002 hasta diciembre de 2006.

RESULTADOS

A lo largo del período de estudio se han diagnosticado 9 pacientes: 2/9 (22,2%) eran varones y 7/9 (77,8%) mujeres, con una edad media de 54,66 años. A su ingreso 77,8% estaban en clase funcional III, 11,1% en clase II y 11,1% en clase IV. Según la clasificación de la OMS, 2/9 (22,22%) eran idiopáticas, 1/9 (11,11%) HP familiar, 1/9 (11,11%) HP por shunts intra-cardíacos y 5/9 (55,55%) de los casos estaban asociados a colagenosis. Presentan Raynaud 4/9 pacientes (44,44%) y se detecta anticoagulante lúpico positivo en 6/9 (66,66%). En el test 6MPM 6/9 de los pacientes (66,66%) se desaturan mas del 10%. En ecocardiografía TTS inicial hemos encontrado derrame pericárdico en 2/9 (22,2%) y aplanamiento o inversión del tabique interventricular en 7/9 (77,77%). Tras recibir tratamiento la frecuencia de derrame pericárdico es 2/9 (22,2%), se aprecia aplanamiento o inversión del tabique en 2/9 pacientes (22,22%). 7/9 pacientes (77,8%) se encuentran en clase funcional II y 2/9 (22,22%) en clase III. Encontramos un test de vasorreactividad positivo en 2/9 (22,22%). Los pacientes han recibido tratamiento específico con 1 fármaco (2/9; 22,22%), 2 fármacos (4/9; 44,4%) y mas de 2 fármacos (3/9; 33,33%). El 44,44% de los pacientes (4/9) ha presentado efectos secundarios derivados del tratamiento.

CONCLUSIONES

1. En nuestra experiencia la HP se diagnostica en fases avanzadas (77,8% en clase III/IV).
2. Hemos encontrado un aumento significativo en los metros recorridos en la prueba 6MPM tras el tratamiento aunque sin alcanzar mas de 332 metros en 6/9 (66,66%).
3. La ecocardiografía ayuda en el seguimiento de estos pacientes

Características hemodinámicas y funcionales

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Pr. A. D.	7	4	14	7,00	3,559
PAPm	9	33	60	47,78	9,378
PAPs ecocardio inicial	9	65	115	92,11	16,198
PAPs eco post tto	9	45	105	70,00	21,506
PAPs cateterismo	9	56	109	81,89	15,520
Prueba 6MPM inicial	9	40,00	346,00	150,91	88,442
6MPM post tto	9	159,20	392,00	262,64	83,495
N válido	7				

V-05 ANÁLISIS DE LA FIEBRE DE DURACIÓN INTERMEDIA EN NUESTRO HOSPITAL

M. Adarraga Cansino, L. Martínez Luque, F. Gavilán Guirao, M. Velasco Malagón, M. Camacho Fernández

Servicio de Medicina Interna. Hospital de Montilla. Montilla (Córdoba).

OBJETIVOS

Analizar el perfil de la fiebre de duración intermedia atendidas en nuestra consulta externa así mismo valorar en cuantos de ellos la doxicilina resultó ser un tratamiento eficaz en el control de la misma.

MATERIAL Y MÉTODOS

Hemos analizado de forma retrospectiva los informes de consulta externa durante el periodo de Marzo de 2005 hasta Marzo de 2007 de todos ellos hemos seleccionado 63 informes en los que el motivo de consulta era fiebre de duración intermedia o síndrome febril.

RESULTADOS

La edad media era de 53 años con un intervalo de 17 años el más joven y 90 el de mayor edad, con un reparto por sexo similar 52% mujeres (33 Pacientes) y 48% (30 hombres). Las pruebas complementarias empleadas analítica y serología se le realizó al 97% de los pacientes atendidos. Las pruebas de imagen se distribuyeron de la siguiente manera al 50% se les realizó ecografía abdominal, a un 19% se les practico RNM y/o TAC abdominal y en un 14% se les realizaron otro tipo de exploraciones. Se empleo Doxiciclina en un 35% de los enfermos con resultado satisfactorio. Un 11% de los pacientes requirieron ingreso. En un 17,4% de los pacientes no se llegó a un diagnóstico final. El resto de los diagnósticos fueron los siguientes Rickettsiosis 22%, Borreliosis 4,7%, Fiebre Q 8%, Leishmaniasis 4,7%. En un 15% de los casos la fiebre estaba relacionada con neumonía o infección urinaria no clasificándose entonces como fiebre de duración intermedia.

CONCLUSIONES

El uso electivo empírico de doxicilina es un tratamiento eficaz en el síndrome de fiebre de duración intermedia en nuestra área de salud.

V-06 RESPUESTA PARADÓJICA AL TRATAMIENTO CON EFALIZUMAB EN PACIENTES CON PSORIASIS

M. Atienza¹, J. Varela², J. Torelló³, D. Rangel³, M. Bernabeu¹, F. García-Hernández⁴, J. Castillo³, J. Cuello¹

¹Servicio de Medicina Interna (UCAMI), ²Servicio de Medicina Interna (UCAMI). CIBER Epidemiología y Salud Pública,

³Farmacología Clínica (Centro Andaluz de Farmacovigilancia), ⁴Servicio de Medicina Interna (Unidad de Colagenosis). Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.

OBJETIVOS

La psoriasis (PS) es una enfermedad inflamatoria común, persistente y recidivante de la piel que puede asociarse a una importante morbilidad y en cuya patogénesis se han implicado diversas citoquinas como el factor de necrosis tumoral. Recientemente, las terapias biológicas se han incorporado como tratamientos alternativos potencialmente eficaces en los casos graves. La implantación de un programa de farmacovigilancia en el Servicio de Medicina Interna ha permitido detectar reacciones adversas medicamentosas (RAM) graves en pacientes con PS tratados con efalizumab (EF) los cuales presentaron una respuesta paradójica con empeoramiento de la sintomatología. Los objetivos de este estudio fueron: 1) Estimar la incidencia de ingresos por PS en nuestra área hospitalaria atribuibles al tratamiento con EF. 2) Calcular la incidencia de esta RAM entre los pacientes expuestos a EF en dicha área hospitalaria. 3) Describir las características clínicas de los casos detectados.

MATERIAL Y MÉTODOS

1. Análisis del CMBD de nuestro hospital (septiembre 2003-abril 2005; 20 meses período pre-EF) y (mayo 2005-diciembre 2006; 20 meses período post-EF), de los casos en los que el motivo de ingreso fue empeoramiento de PS por cualquier causa (CIE-9=696.1) y supervisión de las historias clínicas para establecer los casos atribuibles a este fármaco. Los casos identificados fueron notificados al Centro Andaluz de Farmacovigilancia (CAFV) y la relación de causalidad se estableció mediante la aplicación del algoritmo de Karch-Lasagna modificado que es el utilizado en el Sistema Español de Farmacovigilancia (SEFV).
2. Cálculo de incidencia entre los expuestos, a partir de los casos validados y de los datos de prescripción de EF del área hospitalaria referida facilitados por la Unidad de Farmacia del Distrito Sanitario Sevilla.

RESULTADOS

1. A través del programa de farmacovigilancia de nuestro servicio se identificaron 3 casos; a estos se sumaron 2 nuevos casos de empeoramiento de PS asociado a EF identificados tras analizar los datos del CMBD y revisar las historias clínicas. La incidencia de ingresos por empeoramiento de PS encontrada en nuestro hospital fue: en el período pre-EF (3,3/105 ingresos); media estancia hospitalaria=4,75 días (DE:2,06); en el período post-EF (5,9/105 ingresos); media estancia hospitalaria=11,8 días (DE:2,06); diferencia media estancia entre ambos períodos: 7,05; $p=0,0016$; SED=1,42; IC95% (3,7-10,4). La incidencia respecto a los ingresos (sin CMA) con criterio diagnóstico mayor (CDM) "piel, tejido subcutáneo y mama" fue: período pre-EF 7,6/1000 ingresos; período post-EF 18,1/1000 ingresos. El empeoramiento de la PS fue el primer diagnóstico dermatológico de posible causa farmacológica que motivó ingreso hospitalario por delante del eritema polimorfo.
2. Estimamos que el 5,1% (5/99) de los pacientes tratados con EF en nuestra área hospitalaria presentaron un empeoramiento de PS lo suficientemente relevante como para motivar su ingreso.
3. Las principales características de los 5 casos evaluados fueron: todos requirieron ingreso hospitalario; edad/sexo (37/H, 46/H, 56/H, 72/H, 46/M), en un paciente la RAM apareció durante el tratamiento con EF (período de exposición en días: 60-90); en los otros cuatro la RAM apareció tras suspender el fármaco (período post-retirada en días: 9, 17, 24, 1- 31).

CONCLUSIONES

El empeoramiento de PS asociado a EF, es con frecuencia un cuadro clínico grave que motiva ingreso hospitalario, pudiéndose presentar durante el tratamiento o tras su retirada. La notificación espontánea generada a partir de la puesta en marcha de un programa de farmacovigilancia y su complementación con la supervisión sistemática de potenciales casos a partir del CMBD, junto con los datos de prescripción del área, ha permitido disponer de forma ágil de datos de incidencia de una RAM grave y de especial interés clínico dado que supone un empeoramiento de la patología de base asociado a una de las nuevas terapias biológicas autorizadas para el tratamiento de la PS.

V-08 CISTOADENOMA DE ORIGEN DIGESTIVO: LA GRAN DIFICULTAD DE UN CUADRO CLÍNICO INESPECÍFICO

M. Del Castillo Madrigal, J. Ramos-Clemente Romero, E. Ramírez Ortiz, M. Romero Jiménez, A. Benavente Fernández, M. Pérez Ramos, M. Raffo Núñez, A. Cabrera Mediano

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

OBJETIVOS

Los objetivos de este trabajo son analizar las características clínicas del cuadro y la sensibilidad de los métodos de estudio y hacer un estudio descriptivo de la incidencia de cistoadenomas apendiculares en nuestro hospital con respecto a cistoadenomas de origen ovárico.

MATERIAL Y MÉTODOS

Hemos revisado todos los casos de cistoadenoma y cistoadenocarcinomas con diagnóstico anatomopatológico desde enero de 2003 hasta febrero de 2007 analizando la prevalencia de Adenoma y Adenocarcinoma mucinoso apendicular, las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes.

RESULTADOS

Entre enero de 2003 y febrero de 2007 hubo 74 casos de cistoadenoma. De éstos 4 (5,4%) eran apendiculares, 2 (2,7%) de colon, 1 (1,3%) de páncreas, 2 (2,7%) de glándulas salivares, 2 (2,7%) de piel, 1 (1,3%) de testículo y el resto, 62 (83,7%) de ovario y anejos. Entre los mucocelos apendiculares 2 eran varones y 2 mujeres. Edad media 46 (31-64). Tumores asociados: 0 casos. En 1 caso asociado con hiperplasia folicular linfoide del íleon terminal. Presentación clínica: en 2 casos se presentó como una apendicitis aguda, en 1 como dolor abdominal subagudo durante 1 mes, con náuseas, expulsión de moco por las heces y sin fiebre, y en 1 como diarreas, vómitos y febrícula de 1 mes de evolución. El diagnóstico se realizó en todos los casos por Ecografía abdominal observándose en 3 de ellos imagen de entre 4 y 10 cm de diámetro de características quísticas tabicadas que no se colapsaban con la presión. En uno de los casos se informó erróneamente como de probable origen de ovario derecho y sólo en la laparotomía se aprecia apéndice cecal dilatado con aspecto de cistoadenoma, quiste abscesificado en fondo uterino y peritonitis con focos de abscesificación múltiples. La anatomía patológica informó como cistoadenoma mucinoso apendicular en todos los casos.

DISCUSIÓN

El cistoadenoma mucinoso apendicular es un tumor de baja frecuencia. Desde el punto de vista histológico puede clasificarse en hiperplasia focal o difusa de la mucosa, cistoadenoma mucinoso y cistoadenocarcinoma mucinoso. Se caracteriza por una dilatación de la luz del apéndice con estasis de secreción mucosa. El cuadro clínico es inespecífico y puede presentarse como apendicitis aguda, tumor cecal, masa abdominal, cuadro obstructivo, urinario, ginecológico, colección intraabdominal o hallazgo por imágenes. A menudo se asocia con otros tumores, especialmente adenocarcinoma de colon y ovario. Su clínica inespecífica puede hacerlo indistinguible de un cistoadenoma ovárico. Sin embargo tanto en nuestra serie como en la literatura hemos observado que la presentación del cistoadenoma de ovario es generalmente más solapada en el tiempo siendo intervenida de forma diferida. Mientras que la presentación del cistoadenoma apendicular cursa de forma más aguda. En nuestra serie no encontramos ningún cistoadenocarcinoma lo cual es esperable ya que en series publicadas sólo representan en el 12% de todos los mucocelos apendiculares.

CONCLUSIONES

La baja frecuencia de presentación del cistoadenoma apendicular, junto con su clínica inespecífica y una localización similar, pueden hacer este cuadro indistinguible de un cistoadenoma de ovario. Suele tener una forma de presentación más aguda en el tiempo. En nuestro centro en los últimos cinco años no tuvimos ningún caso de cistoadenocarcinoma apendicular, lo cual está en concordancia con las bajas tasas en series publicadas.

V-09 PRESENTACIÓN DE UN BLOG DE MEDICINA INTERNA SOBRE IMÁGENES CLÍNICAS

R. Fernández de la Puebla, M. Blanco-Molina, J. Ogea, F. Fuentes, J. López-Miranda, F. Pérez-Jiménez

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

OBJETIVOS

Dar a conocer entre los socios de la Sociedad Andaluza de Medicina Interna de la existencia de un blog cuyo objetivo fundamental es el diagnóstico a través de la imagen clínica en Medicina Interna.

MATERIAL Y MÉTODOS

La dirección del blog es la siguiente: <http://diagnosticoporimagenmi.blogspot.com>. Puede accederse a él directamente o a través de la página web de nuestro hospital <http://hospitalreinasofia.org> y haciendo doble clic en el anuncio que existe en la página principal. Este blog se inició en septiembre de 2006 y en él se exponen los casos valorados en nuestro servicio y que tienen un especial interés para el diagnóstico por imagen. Cada miércoles se exponen dos imágenes nuevas (en general imágenes clínicas y/o estudios radiológicos) con su correspondiente información clínica y se da el diagnóstico definitivo de los dos casos previos. Los interesados tras entrar en el blog y registrarse, pueden exponer sus diagnósticos posibles e interactuar con las opiniones de los compañeros.

RESULTADOS

Se expone a título de ejemplo uno de los casos expuestos en el blog. Las lesiones cutáneas son la clave del diagnóstico. Varón de 23 años con antecedentes de obesidad mórbida, que ingresa en UCI por fiebre alta, hipotensión, disminución del nivel de conciencia, desorientación temporoespacial, lenguaje incoherente y vómitos. Durante su ingreso desarrolla las lesiones cutáneas que se muestran. En UCI desarrolló shock séptico con coagulopatía de consumo, SDRA con necesidad de ventilación mecánica y fallo renal oligúrico. La TAC craneal fue normal. Hemocultivos positivos a staphylococcus epidermidis. Cultivo del LCR: negativo.

CONCLUSIONES

Creemos que el conocimiento por parte de los miembros de la SADEMI de este blog de diagnóstico por imagen puede ser de utilidad para la formación médica continuada del internista o del residente de la especialidad.



V-10 PACIENTES PSIQUIÁTRICOS ATENDIDOS POR PATOLOGÍA MÉDICA: ESTUDIO DESCRIPTIVO

J. Trujillo Pérez, F. Báñez Sánchez, M. Requena Pou, V. Navarro Pérez, E. Gálvez Gálvez, A. Colodro Ruiz, J. Ramos Ruiz

Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario de Jaén. Jaén.

OBJETIVOS

Pretendemos conocer las características de los pacientes ingresados a cargo del Servicio de Psiquiatría y que durante el periodo de ingreso se consulta con Medicina Interna por alguna patología médica que o bien presentaba el paciente al ingreso o bien se pone de manifiesto durante el mismo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Hemos recogido datos de los pacientes (P) ingresados en Psiquiatría y atendidos por Medicina Interna durante el periodo comprendido entre el 1 de Junio de 2006 hasta el 31 de Marzo de 2007. Se ha recogido: edad, sexo, días transcurridos desde el ingreso hasta la realización de la HDC, días de seguimiento por Medicina Interna, patología que precisó la consulta al internista y si precisaron traslado a otro Servicio Médico o fueron éxitos.

RESULTADOS

Se atendieron a 103 P durante dicho periodo de los que se eliminaron a 19 P por no tener completos todos los datos requeridos, por lo que pasaron a estudiarse a 84 P de los cuales 51 eran varones y 33 mujeres con una edad media de 50 ± 19 y 47 ± 16 años respectivamente. La media de días desde el ingreso hasta la HDC fue de 22, siendo el máximo de 1030 días y el mínimo el día del ingreso, la mediana fue de 4,5 días. Los días de seguimiento fueron 5,6, siendo el máximo de 41 y el mínimo resuelto en el día siendo la mediana de 3 días. Las patologías que principalmente motivaron las HDC fueron la infecciosa en 25 P (30%), problemas relacionados con la diabetes en 12 P (14%), patología digestiva en 9 P (11%) y una amplia miscelánea de patologías en el resto (45% de los P). El 8% de los P (7 P) precisaron el traslado a un Servicio Médico y no hubo ningún éxito.

DISCUSIÓN

Del estudio se desprende la gran actividad que realiza el Internista en el Servicio de Psiquiatría de nuestro Hospital, donde atiende a unos pacientes de menor edad que los atendidos en nuestro propio Servicio, aunque la edad media de ingresos en psiquiatría es menor, lo lógico es que los pacientes valorados por Medicina Interna fueran los de mayor edad. Destaca la patología infecciosa en casi un tercio de ellos, precisando traslado a un Servicio Médico una alta proporción de los mismos.

CONCLUSIONES

1. La edad media de los pacientes atendidos en Psiquiatría es menor que la edad media general de los pacientes de Medicina Interna.
2. La patología infecciosa es la causa más frecuente de consulta.
3. Alta proporción de traslados a Servicios Médicos.

V-12 INCIDENCIA DE ENFERMEDAD TIROIDEA EN UNA CONSULTA DE MEDICINA INTERNA

E. Ramírez Ortiz, M. Romero Jiménez, A. Benavente Fernández, M. Pérez Ramos, M. Raffo Márquez, A. Cabrera Núñez, J. Prado Mediano, P. Sosa Rojas

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

OBJETIVOS

Aproximación de la incidencia de patología tiroidea en una consulta de Medicina Interna (CMI) en un Hospital Comarcal en el último trimestre de 2006.

MATERIAL Y MÉTODOS

Análisis retrospectivo de 30 pacientes con sospecha de enfermedad tiroidea por alteración de la función tiroidea, anticuerpos antitiroideos positivos, clínica y/o exploración física sugerentes, entre el total de atendidos en una CMI del Hospital Infanta Elena de Huelva, remitidos desde Atención Primaria e Interconsulta de otros servicios. El tiempo de estudio fue entre Octubre y Diciembre de 2006. Se recogieron datos personales, motivo de consulta, lugar de procedencia, antecedentes familiares, clínica, exploración física, pruebas complementarias (función tiroidea, anticuerpos, ecografías y PAAF), diagnóstico final y tratamiento. Una vez recogidos los datos se procedió al análisis descriptivo de los mismos.

RESULTADOS

De los 424 pacientes atendidos en la CMI 30 (7%) tenían sospecha de enfermedad tiroidea, de los cuales 28 eran mujeres (93,3%) y 2 hombres (6,7%), con una edad media global de 46 años (17-78). Fueron remitidos desde Atención Primaria 11 pacientes (36,67%), y 19 (63,33%) desde otras especialidades. Quince pacientes (50%) procedían del condado de Huelva y los otros 15 pacientes (50%) de la costa. El 13,3% explicaba antecedentes familiares de patología tiroidea. En el análisis clínico se observó que los síntomas más frecuentes fueron casos asintomáticos en 12 pacientes (40%), cansancio en 4 (13,33%), ganancia de peso en 4 (13,33%), voz ronca en 3 (10%) y palpitaciones en 3 (10%). Los anticuerpos antitiroideos fueron positivos en 11 pacientes (47,83%). La Ecografía tiroidea se realizó en 29 pacientes (96,67%), de los cuales se detectó Tiroiditis autoinmune en 7 (24,14%), nódulo tiroideo en 6 (20,69%), ecografía normal en 5 (17,24%), quiste coloide en 4 (13,79%), aumento de tamaño tiroideo difuso en 4 (13,79%) y BMN en 3 pacientes (10,34%). Se realizó PAAF tiroidea en 3 pacientes (10%), de los cuales en 2 (66,67%) el resultado fue Quiste Coloide y en 1 paciente (33,33%) se objetivó Bocio Nodular. El diagnóstico final fue de Tiroiditis Crónica linfocitaria en 7 pacientes (23,33%), con función hipotiroidea en seis pacientes e hipotiroidismo subclínico en uno, en segundo lugar quiste coloide en 6 pacientes (20%), Graves-Basedow en 4 pacientes (13,33%), BMN normofuncionante en 3 pacientes (10%), nódulo tiroideo menor de 1 cm, anti-TPO positivo sin alteración de la función tiroidea y estudio normal en 2 pacientes en cada caso (6,67%) y alteración tiroidea en la gestación, hipotiroidismo iatrogénico post-tiroidectomía, bocio nodular y nódulo tiroideo no investigado por deseo del paciente en 1 paciente en cada caso (3,33%).

DISCUSIÓN

Coincidiendo con la bibliografía la patología tiroidea más frecuente encontrada ha sido la tiroiditis crónica autoinmune y la patología nodular, el sexo predominante el femenino (98%) y la media de edad ha sido 46 (las referencias destacan que es una patología con mayor prevalencia entre la 3ª y 6ª década de la vida). La forma de presentación más común fue la presentación asintomática, el cansancio y la ganancia de peso. Es interesante destacar el 13,3% de casos que refieren antecedentes familiares de patología tiroidea porque suponemos que esta estimación debe ser inferior a la real, ya que en las generaciones previas no se analizaba de forma rutinaria la función tiroidea.

CONCLUSIONES

1. La incidencia de la enfermedad tiroidea en la consulta de Medicina Interna ha sido un 7%. Es un porcentaje significativamente alto teniendo en cuenta la variedad de enfermedades que se ven en nuestra especialidad.
2. Cada vez se determina con más frecuencia de forma rutinaria la función tiroidea, y por tanto se detecta su alteración en casos asintomáticos o con clínica inespecífica en pacientes que en décadas anteriores no se hubieran diagnosticado.
3. No ha habido diferencias significativas entre la población de la costa y la población del condado onubense.

V-13 FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN MUJERES CON ENFERMEDAD DE ALZHEIMER EN TRATAMIENTO INDISTINTAMENTE CON DONEPEZILO, RIVASTIGMINA, GALANTINA O MEMANTINA

L. Soriano Carrascosa¹, M. Arjona García¹, J. Sabatel Gómez-Román¹, R. Sánchez Tallón¹, E. Moreno Abril¹, J. Cantero Hinojosa², B. Gil Extremera²

¹Centro de Salud "La Caleta". Granada.

²Servicio de Medicina Interna. Unidad de Hipertensión y Lipid. Hospital Universitario San Cecilio. Granada.

OBJETIVOS

Analizar la incidencia de hipertensión y otros factores de riesgo en pacientes mujeres diagnosticadas de demencia tipo Alzheimer y compararlas con un grupo control.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se han incluido pacientes del Centro de Salud La Caleta en Granada en tratamiento con fármacos antidemencia. Los datos se han obtenido mediante el análisis transversal de las historias clínicas relativas a marzo de 2007. La casuística la integran 39 mujeres, edad: 72-89 años, diagnosticadas de DTA y en tratamiento específico en el Centro de Salud. Se ha realizado un estudio descriptivo de la prevalencia de FRCV: hipertensión, diabetes y dislipemia. Se ha comparado la prevalencia de los factores de riesgo en el grupo de estudio con respecto a un grupo control de 39 mujeres sin demencia de similar edad seleccionadas de modo aleatorio de un total de 2031 pacientes, tomando 1 de cada 52, si el elegido era varón se incluía la primera mujer de la lista. Se han encontrado 3 mujeres sin registro. Se han incluido tres pacientes suplentes (mujeres con número de orden inmediatamente posterior a la previamente escogida).

RESULTADOS

La edad media fue ambos grupos de 80 ± 10 años para el grupo de demencia y de $78 + 9$ para el control; 20 mujeres (51,8%) presentaban HTA en el grupo, de demencia y 24 casos (61,53%) en el control. Los restantes datos aparecen en la tabla.

FRCV	Estudio Demencia Alzheimer	Control	P
HTA	20- 51,28%	24-61,53%	<0,005
DIABETES	11-28,28%	8-28,28%	<0,005
DISLIPEMIA	10-25,64%	10-25,64%	N.S.
HTA+DIABETES+DISLIPEMIA	3-7,69%	2-5,12%	N.S.
SIN FACTOR DE RIESGO	11-28,20%	10-25,64%	N.S.

DISCUSIÓN

En el estudio de frecuencias de las diferencias variables estudiadas se ha encontrado que la frecuencia de HTA en los enfermos es inferior significativamente al grupo control, no coincidiendo con otros estudios publicados; en cambio, la diabetes es más frecuente en los pacientes de Alzheimer que en los controles, hallazgo que coincide con estudios publicados. La frecuencia de dislipemia es igual en ambos grupos. Son diversos los estudios que relacionan las alteraciones lipídicas y la enfermedad de Alzheimer. Por otra parte, la presencia de varios factores de riesgo y ningún factor de riesgo respectivamente, ha sido similar en ambos grupos.

CONCLUSIONES

La hipertensión arterial es menos frecuente en la demencia tipo Alzheimer respecto a la población anciana que no padece esta enfermedad. La diabetes, en cambio, tiene mayor frecuencia en los enfermos de Alzheimer.

V-17 MUERTE, ¿EN EL HOSPITAL O EN CASA? ¿QUÉ PIENSAN LOS PROFESIONALES SANITARIOS?

M. Parejo Sánchez¹, A. Reche Molina¹, F. Gómez Jiménez², F. Miras Parra¹, J. De la Higuera Torres-Puchol¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Departamento de Medicina. Hospital Universitario San Cecilio. Granada.

OBJETIVOS

INTRODUCCIÓN: La tendencia social que existe actualmente en cuanto al cuidado de los enfermos terminales es la de encomendarlos a las instituciones sanitarias, lo que representa que a partir de los años 50 aproximadamente, el 80% de las personas mueran en un hospital. Antes se entendía más la muerte como un proceso natural, momento de despedidas y reparticiones. Hoy la muerte se ha ido ocultando y silenciando cada vez más. La sociedad ha delegado el cuidado de los enfermos y moribundos a los hospitales. **OBJETIVO:** Analizar las preferencias de los entrevistados (personal sanitario; médicos y DUE) a la hora de elegir el lugar de la muerte, en el hospital o en casa, bien en cuanto a la propia muerte o en cuanto a la muerte de los demás. Justificaciones y razones.

MATERIAL Y MÉTODOS

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizan 50 entrevistas a personal sanitario; el 52% de los entrevistados son médicos y el 48% DUE. Menos de 30 años, entre 31 - 50 y >50, un 22 (11), 47 (24) y 31%, respectivamente. Respecto al sexo, 43% hombres y 57% mujeres. Una vez transcritas y estudiadas todas las entrevistas, se introdujeron como documentos primarios en el programa informático de interpretación de textos ATLAS-ti

RESULTADOS

RESULTADOS Y CONCLUSIONES: La mayoría de los entrevistados piensan que lo más conveniente sería atender los deseos del enfermo y de sus familiares en el domicilio, si se dispusiera de equipos de ayuda domiciliaria, datos coincidentes con otros trabajos consultados donde se sugiere que lo deseable es una atención domiciliaria de más calidad (acceso a los fármacos analgésicos mayores, promover las actividades docente sobre cuidados paliativos y mejorar los informes de alta hospitalaria). La postura que más defiende la muerte en casa se ubica en los entrevistados de mayor edad y enfermeras. Los entrevistados jóvenes y médicos, por el contrario, opinan que es mejor morir en el hospital, justificando este hecho con frases como "en la actualidad todos mueren en el hospital", "nadie muere en su casa", "la familia tiene falta de tiempo, miedo"...

V-18 DURACIÓN DE LA ESTANCIA HOSPITALARIA EN LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS. FACTORES IMPLICADOS

M. Molina-Garrido, C. Guillén-Ponce, M. Molina, M. Molina, A. Carrato

Servicio de Oncología Médica. Hospital General Universitario de Elche. Elche (Alicante).

OBJETIVOS

Los ingresos de pacientes oncológicos son muy frecuentes, y la mayoría de veces suele tratarse de una estancia prolongada. Con este estudio se pretende averiguar qué variables pueden predecir la estancia hospitalaria de este grupo de pacientes.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se hizo un análisis retrospectivo de las historias clínicas de los pacientes oncológicos que estuvieron ingresados en el Hospital General Universitario de Elche entre el 1 de diciembre y el 28 de febrero 2007. Se incluyó una serie de variables: edad, sexo, situación basal (ECOG), tipo de tumor, estadio tumoral, y motivo del ingreso, y se relacionaron estas variables con el número de días de ingreso (regresión múltiple). En el análisis estadístico se ha empleado el programa SPSS 11.0 para Windows.

RESULTADOS

Se incluyó un total de 113 pacientes. Edad media 69,29 años (IC 95%: 67,14-71,44 años) (rango: 39,56-84,02). El 69,9% eran hombres (n=79). ECOG: media 2,30, mediana 2,0. Tumores más frecuentes: pulmón 30,4%, tumores digestivos 13,4% (n=15), y tumores ginecológicos 5,4% (n=6). Estadio tumoral: IV en el 73,4% de los casos (n=80) y III en el 26,6% restante. El motivo de ingreso fue: por síntomas debidos al tumor: 24,8% (n=27); por claudicación familiar o para paliación de síntomas: 15,6% (n=17) o por toxicidad de quimioterapia: 14,7% (n=16). Un 11,0% de los ingresos se debió a la necesidad de aplicar determinados esquemas de quimioterapia intravenosa. La duración del ingreso fue de 10,47 días como media (IC 95%: 8,44-12,53), con una mediana de 7 días, y con un rango comprendido entre 0 y 51. Análisis de regresión: edad: $p=0,006$, sexo: $p=0,182$, tipo de tumor: $p=0,613$, estadio tumoral: $p=0,450$, ECOG: $p=0,154$.

DISCUSIÓN

Este estudio pone de manifiesto que, en nuestro ámbito, sólo la edad en el momento del ingreso permite predecir la estancia hospitalaria de los pacientes oncológicos; otros factores, tales como el sexo, el motivo de ingreso, el ECOG en el momento de la hospitalización, el tipo de tumor o el estadio tumoral, no se relacionan significativamente con el número de días de ingreso. Los pacientes con cáncer de pulmón son los que suelen ingresar más ocasiones, y no se produjo el ingreso de ningún paciente estadio I o II, quizás porque estos pacientes ingresan a cargo de otros servicios.

V-19 ¿ES EL ÍNDICE DE CHARLSON ÚTIL EN LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS HOSPITALIZADOS, O HAY OTROS ÍNDICES DE MAYOR UTILIDAD?

M. Molina-Garrido, C. Guillén-Ponce, M. Guirado-Risueño, M. Molina, M. Molina, A. Carrato

Servicio de Oncología Médica. Hospital General Universitario de Elche. Elche (Alicante).

OBJETIVOS

Son múltiples los autores que analizan la comorbilidad de los pacientes ingresados, y en la mayoría de casos se emplea el tradicional índice de Charlson. En este estudio se pretende analizar la utilidad de tal índice en los pacientes oncológicos, y si existe otro índice con mayor utilidad para predecir el número de días de ingreso.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se hizo un análisis retrospectivo de las historias clínicas de los pacientes oncológicos que estuvieron ingresados en el Hospital General Universitario de Elche entre el 1 de febrero y el 30 de marzo 2007. Se incluyó una serie de variables: edad, sexo, tipo de tumor y comorbilidad, medida mediante el índice de Charlson (índice B), y otro, denominado índice A. Este último, puntuaba la presencia de un tumor metastásico o no (+8 versus +3), la presencia de insuficiencia cardiaca (+2), el sexo masculino (+1), la creatinina superior a 3 mg/dl (+2), la albúmina sérica por debajo de 3,0 g/dl (+2) y la albuminemia entre 3 y 3,4 g/dl (+1). Puntuación máxima del índice A: 15; del índice B: 37. Posteriormente, se relacionaron estas variables con el número de días de ingreso. En el análisis estadístico se ha empleado el programa SPSS 11.0 para Windows.

RESULTADOS

Se incluyó un total de 88 pacientes. Edad media 69,29 años (IC 95%: 67,14-71,44 años) (rango: 39,56-84,02). El 73,9% eran hombres (n=65). Tumores más frecuentes: pulmón 32,2% (n=28), seguido por digestivo 14,9% (n=13), y por tumores ginecológicos, incluido cáncer de mama: 4,6%. La estancia hospitalaria fue de 10,49 días (IC 95%: 8,44-12,53), con una mediana de 7 días, y con un rango comprendido entre 0 y 51. Índice A: media de 8,70, mediana de 9,0, con rango entre 4 y 14. El 75% de los sujetos tenía una puntuación de 10 o inferior en el índice A. Índice B (Charlson): media 6,25, mediana 6, rango entre 2 y 13. El 28,7% de los pacientes tenía un índice A inferior a 9; el 49,4%, entre 9 y 10, y el 21,8%, por encima de 10. El 50% de los pacientes tenía un índice de B inferior a 7, el 19,8%, un índice de 7, y el 30,2%, por encima de este valor. Análisis de regresión: Índice A inferior a 9: $p=0,286$; superior a 10: $p=0,036$ ($B=4,99$). Índice B de 7: $p=0,230$; superior a 7: $p=0,689$.

DISCUSIÓN

Este estudio pone de manifiesto que, en nuestro ámbito, el índice de Charlson no sirve para predecir la estancia hospitalaria en los pacientes oncológicos. Esto pudiera deberse a que dicho índice no incluye un gran número de procesos, como la hipertensión arterial o la dislipemia, así como los hábitos tóxicos. Quizás debiera emplearse otro índice de comorbilidad en los pacientes oncológicos. Por el contrario, el índice A, que incluye valores de laboratorio, como la creatinina sérica y la albuminemia, puede predecir la estancia hospitalaria cuando la puntuación es superior a 10 ($p=0,036$).



V-21 PERFIL DE PACIENTES ANCIANOS INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS CRÍTICOS GENERALES

M. Soriano Pérez, J. Serrano Carrillo de Albornoz, I. Marín Montín, A. Prados Gallardo, B. Gutiérrez Gutiérrez, A. Montilla Burgos, M. Rico Lucena, M. Aguayo Canela

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

OBJETIVOS

La edad avanzada puede no ser ya un criterio de exclusión para recibir cuidados críticos. Para reafirmar esta hipótesis describimos las características demográficas y clínicas de una muestra de pacientes con 65 años o más, ingresados en una Unidad de Cuidados Intensivos Generales de un hospital general de tercer nivel.

MATERIAL Y MÉTODOS

Sobre la totalidad de los ingresos de la Unidad de Cuidados Intensivos Generales (UCIG) del hospital Virgen Macarena a lo largo de un periodo de un año (2005), se han evaluado las altas de los pacientes con 65 años o más años, registrándose múltiples variables demográficas y clínicas. Los datos se han analizado con los programas SPSS para Windows 13.0 y EPI-INFO 6.0 (cálculo de las OR).

RESULTADOS

Sobre 1436 ingresos totales en la UCIG en el periodo analizado, la proporción de pacientes mayores de 65 años fue del 43,94% (n=631), generando el 42,% de las estancias totales (n=3.736). Los motivos de ingreso son los siguientes: Post-cirugía 346 (54,8%), Respiratorio 96 (15,2%), Cardiológico 96 (15,2%), Neurológico 35 (5,5%), Digestivo 21 (3,3%), Otros médicos 37 (5,9%) La estancia media fue de 5,92 días (rango entre 1 y 82; sd: 7,40. Estancia media global 6,19 días), había predominio de hombres (60,5%), y la edad media fue de 72,97 años (rango entre 65 y 92; sd: 5,42). La mortalidad intra-UCI fue del 17,4% (n=110), representando el 44,7% del total de éxitus letalis habidos en la UCIG (n=246. Mortalidad global 17,13%) sin que existan diferencias relación a los cuatro intervalos de edad establecidos aunque si existen diferencias entre patología médica y quirúrgica con una OR de 2,49 para los primeros. En cuanto al soporte vital recibido, se trataron con aminas el 32,2% (no dif. significativa médicos/quirúrgicos), y con ventilación mecánica de algún tipo (VM) el 72,9% con una OR 4,36 para la patología quirúrgica

DISCUSIÓN

El número de camas de UCI ocupadas por pacientes ancianos va en aumento en los últimos años (45% en el hospital Clínico de Barcelona en el año 2004) fundamentalmente como consecuencia de un envejecimiento de la población, pero también por la mayor accesibilidad -no limitada por la edad- a tratamientos quirúrgicos complejos. Aunque nuestro estudio podría estar sesgado por existir en el hospital otra UCI para pacientes con procesos cardiológicos críticos, que no se ha evaluado, esta patología parece estar suficientemente representada en la muestra y además es el subgrupo de patología médica con menor mortalidad por lo que no parece que los resultados encontrados dependan de este factor.

CONCLUSIONES

1. Los pacientes ancianos representan ya más de un tercio de las cargas asistenciales en unidades de cuidados críticos generales, como consecuencia del envejecimiento de la población y una mayor accesibilidad de todos los enfermos a tratamientos complejos e intervenciones quirúrgicas.
2. En nuestra serie, encontramos tasas de mortalidad similares en los diferentes grupos de edad analizados, lo cual apoya la idea de que la edad por si sola no constituye un criterio de exclusión para recibir cuidados críticos.

V-22 DIAGNOSTICO DE NEOPLASIA COMO CAUSA PRINCIPAL DE INGRESO EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

F. Henao Carrasco, C. Beato Zambrano, M. Rico Lucena, A. Montilla Burgos, B. Gutiérrez Gutiérrez, M. Aguayo Canela

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

OBJETIVOS

Describir, a través de los datos del CMBD, la casuística relacionada con enfermedades neoplásicas como motivo principal de ingreso en la especialidad de medicina interna de un hospital de tercer nivel.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se ha empleado el registro completo del CMBD del área hospitalaria Virgen Macarena de Sevilla correspondiente al año 2006 (37.000 ingresos), extrayéndose los casos en los que el servicio de alta era "Medicina Interna" (código 21070) y el diagnóstico principal codificado un número comprendido entre el 140 y el 239 del CIE-9-MC. Se ha llevado a cabo una estadística descriptiva simple con ayuda del programa SPSS 12.0.

RESULTADOS

De una muestra total de 7.889 altas codificadas en el año 2006 en los diferentes servicios y unidades de medicina interna, 505 (6,40%) tenían como diagnóstico principal un proceso neoplásico. Por géneros el 66,3% eran varones y el 33,7% mujeres. La edad media fue de 70,97 años (desviación típica 12,7). La gran mayoría ingresaron de urgencias (82,4%) y sólo el 9,7% fueron derivados desde consultas externas. El destino al alta fue: 66,7% a domicilio; 30,7% "éxitus" y 2,6% se trasladaron a otro centro.

DISCUSIÓN

El área hospitalaria Virgen Macarena, con mil camas, es un centro de tercer nivel con dos hospitales diferentes: el Hospital Virgen Macarena y el Hospital de San Lázaro. En éste último, con 60 camas, especialistas de medicina interna atienden a pacientes susceptibles de cuidados paliativos y con patologías crónicas o con necesidades de larga hospitalización. En el H. Virgen Macarena, dos servicios de medicina interna con 154 camas convencionales y una Unidad de Estancias Cortas con 24 camas, dan cobertura asistencial de la especialidad a una población de 554.025 habitantes. Con esta dotación se han producido 7.889 altas (23,6% del total del área hospitalaria). Y dentro de esta casuística, las enfermedades neoplásicas han constituido el motivo principal de ingreso en un porcentaje que creemos destacable (6,4%) para un gran centro hospitalario con máximo desarrollo de las especialidades médicas (incluida la oncología y la radioterapia) y quirúrgicas, probablemente por el papel que asume nuestra especialidad tanto en el diagnóstico de la enfermedad como en la atención integral al enfermo adulto pluripatológico y la aplicación de cuidados paliativos en la fase terminal del proceso oncológico, lo que explicaría también la elevada mortalidad comunicada en esta serie.

CONCLUSIONES

En un hospital de tercer nivel, la especialidad de medicina interna llega a asumir una parte importante de la atención al paciente neoplásico, constituyendo el diagnóstico principal al alta un 6,4% de su casuística en un amplia muestra.

V-24 IMPORTANCIA DEL CONSUMO DE FÁRMACOS EN UNA CONSULTA DE MEDICINA INTERNA DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

A. Valiente Méndez, P. Retamar Gentil, J. Reveriego Blánez, B. Escolano Fernández, M. Merino Rumin, I. Marín Montín, F. Guerrero Igea, M. Aguayo Canela

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

OBJETIVOS

Conocer la importancia del consumo de fármacos en una consulta de Medicina Interna de un hospital de 3er nivel, así como cuáles son los grupos terapéuticos más utilizados en tratamientos a largo plazo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo transversal mediante revisión de informes de alta, se escogieron al azar 126 pacientes del total de la población atendida en dicha consulta durante el año 2006.

RESULTADOS

Nuestros pacientes eran 58 hombres (46%) y 68 mujeres (54%), con rango de edad entre 17-95 años, edad media de 61,3. La patología más prevalente fue HTA (54,8%), seguida de DM 35 (27,8%) mientras que presentaban HTA+DM 26 pacientes (20,6%). Existía consumo de polifarmacia en 45 de los pacientes evaluados (35,7%). Cumplían criterios de pluripatológicos 26 de los pacientes (20,6%), de los cuales 5,19 (IC 95%: 4,74%- 5,65%), presentaban un consumo de fármacos >4/día. El grupo terapéutico más prescrito fue antihipertensivos 41,6%, (de los cuales 26,2% eran IECA/ARA II y 14,3% de los enfermos precisaba para control HTA 3 fármacos), seguido de hipolipemiantes 34 (27,2%) y ADO/Insulina 34 (27%). Antiagregantes del 23% y anticoagulación oral 7,9%. Un 19,8% de los pacientes (25), realizaba tratamiento con tranquilizantes. También comprobamos que 61,1% de los pacientes asistía a consultas de diferentes especialidades.

DISCUSIÓN

Los fármacos prescritos por el médico de familia, los indicados por diversos especialistas y la propia automedicación suman al final una numerosa lista que el paciente y especialmente el enfermo anciano o pluripatológico cumple de forma más o menos regular.

CONCLUSIONES

La expresión de estas enfermedades y la mezcla de síntomas complica el proceso diagnóstico y terapéutico. Los ancianos más frágiles con deterioro cognitivo o problemas sensoriales presentan mayor riesgo de confundir la posología y, por tanto, aumenta el riesgo de errores en las tomas, con la consiguiente iatrogenia.

V-25 COMPLICACIONES MÉDICAS EN SERVICIOS QUIRÚRGICOS ATENDIDAS POR MEDICINA INTERNA

B. Cervantes Bonet, A. Barnosi Marín, J. Montes Romero, F. Díez García, S. López Palmero, H. Kessel Sardiñas, F. Gamir Ruiz, G. Gómiz

Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Torrecárdenas. Almería.

OBJETIVOS

La colaboración del internista en los servicios quirúrgicos es de gran utilidad en la atención de pacientes con elevada complejidad quirúrgica, ya que permite identificar los riesgos que incrementan la morbilidad perioperatoria, prevenir y tratar las posibles complicaciones. Este planteamiento 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 esta actividad realizan un seguimiento de enfermos quirúrgicos. El objetivo es describir las complicaciones médicas diagnosticadas y tratadas por el programa de MIP en los Servicios de Cirugía Vascul y Neurocirugía y su posible repercusión en términos de mortalidad y estancia media hospitalaria.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo y retrospectivo. Se revisaron informes de alta de enfermos ingresados en C. Vascul y Neurocirugía atendidos por el Programa de MIP durante seis meses del año 2006.

RESULTADOS

Se valoraron 282 pacientes, 206 en Cirugía Vascul (73,05%) y 76 en Neurocirugía (26,95%). La edad media fue de $65,28 \pm 15,79$ años. El 69,3% fueron hombres y el 30,7% mujeres. El 76,2% de los pacientes fueron intervenidos quirúrgicamente. El 57,8% de los pacientes presentó al menos una complicación médica, el 19,14% dos complicaciones médicas, el 10,28% tres y el 4,96% tres o más. Las complicaciones médicas atendidas con mayor frecuencia fueron: infecciosas (98; 32,4%), respiratorias (69; 22,77%), cardiovasculares (51; 16,83%), endocrino-metabólicas (42; 13,86%), renales (24; 7,92%) y digestivas (19; 6,27%). El 29,59% (29) de las infecciones fueron adquiridas en la comunidad, siendo la más frecuente el pié diabético, y el 70,41% (69) nosocomiales. Las complicaciones más frecuentes dentro de cada grupo fueron las infecciones respiratorias (39;56,5%), la enfermedad pulmonar obstructiva crónica agudizada (20;28,9%), la insuficiencia cardiaca descompensada (9;17,6%), la descompensación diabética (11;26,1%), la insuficiencia renal aguda o crónica agudizada (15;62,5%) y la hemorragia digestiva alta (5;26,3%). La mortalidad durante este periodo de tiempo fue del 1,36% en Cirugía Vascul y 2,36% en Neurocirugía, mientras que en el año 2005 la mortalidad observada fue del 3,34% y 2,25% respectivamente. La estancia media en Cirugía Vascul fue de 9,49 días en el año 2006 (frente a 10,38 días en el año 2005) y en Neurocirugía de 10,45 días en el año 2006 (frente a 10,48 días en el año 2005).

CONCLUSIONES

Las complicaciones médicas son frecuentes en los servicios quirúrgicos. Las infecciones nosocomiales son las complicaciones que requieren con mayor frecuencia la intervención del internista. La colaboración del internista en los servicios quirúrgicos contribuye a disminuir la morbilidad perioperatoria y la estancia media.

V-27 TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR Y SUS EVENTOS ADVERSOS

A. Barnosi Marín, B. Cervantes Bonet, M. Zamora Salido, L. León Ruiz, I. Reche Molina, F. Díez García, V. Rodríguez, M. Martínez

Medina Interna. Complejo Hospitalario Torrecárdenas. Almería.

OBJETIVOS

La hipertensión arterial pulmonar (HTAP) es una rara enfermedad. Se manifiesta por disnea de esfuerzo, síncope y signos y síntomas de fallo cardíaco derecho. En ausencia de un tratamiento adecuado, la HTAP tiene un mal pronóstico, con una media de supervivencia de 2,8 años. El objetivo del estudio es describir los tratamientos utilizados y los eventos adversos derivados del tratamiento.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo y retrospectivo, en el que se han revisado las historias clínicas de 9 pacientes diagnosticados de HTAP desde Agosto de 2002 hasta Diciembre de 2006.

RESULTADOS

En el momento del diagnóstico, ocho pacientes estaban en clase funcional III-IV de la OMS, y uno en clase funcional II. Ocho pacientes presentaron respuesta negativa al test vasodilatador agudo durante la realización del cateterismo derecho. Todos recibieron tratamiento con Bosentan en combinación con otros fármacos como prostaciclina iv, análogos de la prostaciclina inhalados, sildenafilo y nifedipino, asociados a la terapia convencional (anticoagulación, diuréticos y oxígeno domiciliario). Se han identificado 4 complicaciones asociadas al tratamiento de la HTAP. Dos de las complicaciones fueron derivadas de la implantación de catéteres venosos centrales para la administración de tratamiento intravenoso y otras dos fueron secundarias a tratamientos orales. Caso 1: sepsis asociada a infección del catéter venoso central permanente, con aislamiento en los hemocultivos de *Pseudomonas Aeruginosa* y *Streptococcus Faecalis*. Caso 2: infección de catéter venoso femoral, con crecimiento en la punta del catéter de *Staphylococcus Aureus* y *Proteus Mirabilis*, que se trató con antibioterapia y retirada del catéter. Caso 3: hepatitis tóxica tras el incremento de dosis de bosentan, que obligó a la suspensión del tratamiento. La paciente sufrió un efecto rebote de la hipertensión arterial pulmonar con fallo hemodinámico que precisó ingreso en UCI. Caso 4: en una paciente con cirrosis hepática estadio IA de Child Pugh en tratamiento con bosentan se produjo una elevación de enzimas hepáticas que obligó a la suspensión transitoria del tratamiento, que fue reintroducido posteriormente a dosis bajas con buena tolerancia.

CONCLUSIONES

En los últimos años se ha producido un importante avance en el tratamiento de la HTAP, que ha motivado un cambio significativo en el curso natural de la enfermedad, mejorando la clínica, la capacidad funcional y la supervivencia. Sin embargo, la morbilidad asociada a estos tratamientos no es despreciable, por lo que son necesarios nuevos avances en el tratamiento que puedan disminuir éstos riesgos.

Pósters - Varios (V)

XXIII

Índice de autores

Adarraga Cansino, M. _____	117	Carmona, J. _____	63
Adarraga, M. _____	63	Carrasco Miras, F. _____	58, 68
Aguayo Canela, D. _____	74	Carrasco Sánchez, F. _____	71, 73
Aguayo Canela, M. _____	21, 39, 49, 50, 105, 106, 108, 127, 128, 129	Carrato, A. _____	61, 125, 126
Aguayo, M. _____	86	Carrillo Alascio, P. _____	58, 68
Aguilar-Guisado, M. _____	41	Carrillo de Albornoz, M. _____	22, 84, 90
Alba Herrero, M. _____	111	Carrillo-Ortiz, D. _____	10, 30
Alcalde Pérez, D. _____	15	Casas Nicot, B. _____	111
Alfageme Michavila, I. _____	18	Cassani Garza, M. _____	11
Alfaro, M. _____	17	Cassani, M. _____	12, 13, 14, 36
Alfaro, V. _____	23, 88, 91, 94, 96	Castillo Hernández, M. _____	30
Almeida, L. _____	37	Castillo Palma, M. _____	19, 20, 76
Almenara, M.D. _____	67	Castillo, J. _____	36, 118
Álvarez Santamaría, A. _____	85	Cervantes Bonet, B. _____	72, 116, 130, 131
Álvarez, A. _____	96	Cervantes, B. _____	102
Alwakil, M. _____	27, 28	Cisneros, J. _____	41
Amaro, M. _____	10	Clavo Sánchez, A. _____	16, 33
Ampuero Ampuero, J. _____	70	Colodro Ruiz, A. _____	121
Aomar Millán, I. _____	82	Colorado Bonilla, R. _____	76
Aranceta, J. _____	86	Collado Romacho, A. _____	116
Aranda Lara, P. _____	22, 90	Corrales Torres, A. _____	58, 68
Aranda, P. _____	84	Cortés Rodríguez, B. _____	15, 70
Arellano Orden, E. _____	18	Cortes, B. _____	63
Ariza, J. _____	111	Creagh Cerquera, R. _____	75, 112
Arjona García, M. _____	123	Cuello, J. _____	17, 65, 118
Arnedo Díez de los Ríos, R. _____	93	Chaves Peláez, M. _____	78, 79
Atienza, M. _____	118	Chinchilla Palomares, E. _____	19, 20, 76
Ayala Gutiérrez, M. _____	81	De Cuetto, M. _____	39, 49
Baca Osorio, A. _____	92, 97, 98	De la Cuesta López, A. _____	87, 89
Badani, H. _____	27, 28	De la Fuente, M. _____	10
Baena Delgado, J. _____	58, 68	De la Higuera Torres-Puchol, J. _____	64, 124
Báñez Sánchez, F. _____	30, 121	De la Horra Padilla, C. _____	38
Barnosi Marín, A. _____	116, 130, 131	De la Horra, C. _____	40, 42, 45, 80
Barnosi, A. _____	102	De la Torre Solís, C. _____	34
Barón Franco, B. _____	9, 60	De la Vega Sánchez, J. _____	57, 87
Barón Ramos, M. _____	107	De Ramón Garrido, E. _____	78, 79, 81
Barroso, P. _____	47	Del Castillo Madrigal, M. _____	29, 53, 54, 69, 109, 110, 113, 119
Bascuñana, A. _____	107	Delgado Casado, N. _____	24, 26, 77
Bautista Vidal, C. _____	101, 103	Delgado Lista, J. _____	26
Bayoll Serradilla, E. _____	31, 59	Delgado, J. _____	25, 43, 77
Beato Zambrano, C. _____	128	Díaz Acevedo, S. _____	9
Beltrán Ramos, M. _____	107	Díaz Benavente, M. _____	51, 62
Beltrán Robles, M. _____	101, 103	Díaz Noa, P. _____	62
Benavente Fernández, A. _____	52, 69, 83, 109, 110, 113, 119, 122	Díez García, F. _____	116, 130, 131
Benítez, E. _____	28	Díez García, L. _____	46
Benito Conejero, S. _____	35	Díez, F. _____	47, 102
Bermudo Conde, S. _____	30	Diosdado Fernández, F. _____	33
Bernabeu Wittel, M. _____	11, 12, 13, 14	Domínguez Álvarez, R. _____	87, 89
Bernabeu, M. _____	36, 118	Domínguez González, C. _____	16
Blanco-Molina, M. _____	120	Durán Alonso, J. _____	16, 33
Buiza Gandullo, C. _____	31	Duro López, C. _____	15
Cabezas, T. _____	47	Duro Ruiz, G. _____	30
Cabrera Mediano, A. _____	119	Elvira González, J. _____	27, 28
Cabrera Núñez, A. _____	29, 44, 52, 53, 54, 83, 109, 122	Escalera Zalvide, A. _____	9
Calderón, E. _____	45	Escolano Fernández, B. _____	74, 104, 105, 106, 108, 129
Callejas Rubio, J. _____	82	Escolano, B. _____	50
Camacho Fernández, M. _____	117	Escribano Dueñas, A. _____	75
Camacho, M. _____	50	Espinosa, N. _____	41
Camps García, M. _____	78, 79, 81	Espinosa, R. _____	43
Cano Ruiz, T. _____	51, 62	Esteban Luque, A. _____	95
Cantero Hinojosa, J. _____	56, 123	Fajardo Picó, J. _____	44
Cañas, F. _____	28	Fernández de la Puebla, R. _____	120
		Fernández Molle, E. _____	33

Índice de autores

Fernández Molle, J. _____	16	Gutiérrez-Lara, G. _____	67
Fernández Moyano, A. _____	43	Haro, J. _____	41
Fernández Ojeda, R. _____	21, 50, 74, 105, 106	Henaó Carrasco, F. _____	128
Fernández Parrilla, R. _____	101, 103	Hernández Quiles, C. _____	11, 12, 13, 14
Fernández Roldán, C. _____	82	Herrera, J. _____	65
Fernández Sánchez, M. _____	59	Ivanova, R. _____	93
Fernández-Puebla, R. _____	100	Jansen Chaparro, S. _____	92
Fidalgo, A. _____	37	Jiménez López, P. _____	85
Figueiredo, A. _____	114, 115	Jiménez Pacheco, A. _____	15
Flores Ramos, L. _____	114, 115	Jiménez, L. _____	88, 91, 94
Friaza Patiño, V. _____	38	Jiménez, Y. _____	100
Friaza, V. _____	40, 42, 45, 80	Joaquina, R. _____	112
Fuentes Jiménez, F. _____	24	Jódar Morente, F. _____	30
Fuentes, F. _____	25, 120	Jódar, F. _____	67
Galán-Dorado, E. _____	25, 77, 100	Jover-Casas, J. _____	10
Gálvez Contreras, M. _____	46	Juan, O. _____	55
Gálvez Gálvez, E. _____	121	Kessel Sardiñas, H. _____	130
Gálvez, E. _____	10	Krystopchuck, A. _____	114, 115
Gallardo López, R. _____	111	Kuhn González, M. _____	97
Gallego Rufino, P. _____	62	Layne Bretones, F. _____	58, 68
Gamir Ruiz, F. _____	46, 116, 130	Lazo Torres, A. _____	72, 116
Gámir, J. _____	102	Lazo, A. _____	47
García Asuero, C. _____	31	Leal Luna, A. _____	57, 89
García Casado, B. _____	57, 89	León Leal, J. _____	42
García de Viedma, D. _____	47	León Ruiz, L. _____	72, 116, 131
García García, A. _____	59	Linares Castro, L. _____	98
García González, E. _____	29, 53, 54, 69, 83, 109, 110, 113	López Barragán, I. _____	87
García Hernández, F. _____	18, 19, 20, 76	López Carmona, D. _____	22, 48, 84, 90
García Mata, J. _____	16, 33	López Carmona, M. _____	79, 92, 95, 98
García Moreno, J. _____	9	López Miranda, J. _____	24, 26, 77
García Morillo, S. _____	12, 13	López Palmero, S. _____	72, 130
García Olid, A. _____	63	López Suárez, A. _____	27, 28, 107
García Ordóñez, M. _____	66	López, M. _____	93
García Peñalver, E. _____	85	López, S. _____	102
García Quintana, J. _____	24	López-Campos Bodineau, J. _____	18
García Ríos, A. _____	24, 26	López-Miranda, J. _____	25, 100, 120
García Romero, J. _____	84, 90	Lozano Rodríguez-Mancheño, A. _____	15, 70
García Sepúlveda, M. _____	107	Luna, A. _____	43
García, A. _____	25	Llamas Cruz, M. _____	111
García, J. _____	60	Macías Mir, P. _____	66
García-Hernández, F. _____	118	Macías Vega, N. _____	48, 78, 81, 92, 97, 99
García-Quintana, J. _____	100	Macías, C. _____	88, 91
Garrido Rasco, R. _____	19, 20, 76	Maldonado Martín, A. _____	85
Garrido, A. _____	93	Mancera Romero, J. _____	92, 97
Gavilán Guirao, F. _____	117	Manjón, M.D. _____	67
Gil Extremera, B. _____	55, 56, 85, 123	Mantilla, T. _____	86
Gil, B. _____	86	Manzano Badía, C. _____	32, 35, 75, 112
Giner Escobar, P. _____	82	Maraver García, A. _____	29
Godoy, M. _____	10	Marco Galve, I. _____	48
Gómez Huelgas, R. _____	22, 90, 92, 97, 98, 99	Marín Gámez, N. _____	30
Gómez Jiménez, F. _____	64, 124	Marín Montín, I. _____	74, 104, 105, 106, 108, 127, 129
Gómez-Huelgas, R. _____	84	Marín, C. _____	25
Gómiz Rodríguez, G. _____	46	Marín, I. _____	50
Gómiz, G. _____	102, 116, 130	Marín-Gámez, N. _____	10, 67
González Benítez, M. _____	101, 103	Martín Azofra, M. _____	9, 60
González Galán, V. _____	41	Martín Martos, F. _____	77
González León, R. _____	18, 19, 20, 76	Martín Matute, S. _____	62
González Nieto, J. _____	32, 35, 71, 73	Martín Moreno, A. _____	64
González, E. _____	86	Martín Pérez, M. _____	34
Granados García, C. _____	15	Martín Revelles, B. _____	58, 68
Granatín, K. _____	37	Martín Salguero, A. _____	85
Grilo Reina, A. _____	101, 103	Martín Suárez, I. _____	32, 35
Guerrero Igea, F. _____	105, 106, 108, 129	Martín, F. _____	100
Guijarro Merino, R. _____	92, 97, 98	Martínez Cortés, M. _____	46
Guil García, M. _____	34	Martínez García, T. _____	9, 60
Guillén-Ponce, C. _____	61, 125, 126	Martínez González, J. _____	22, 84, 90
Guirado-Risueño, M. _____	61, 126	Martínez Luque, L. _____	117
Gutiérrez Gutiérrez, B. _____	127, 128	Martínez Martínez, A. _____	19

Martínez Peñalver, F.	57, 87, 89	Peñafliel Burkhardt, R.	95
Martínez, M.	47, 131	Peral, E.	21
Mata, A.	43	Pérez Benito, M.	101, 103
Medrano Ortega, F.	38	Pérez Camacho, I.	26, 87, 89
Medrano, F.	45	Pérez Cano, R.	21, 57, 87, 89
Menchero Aranda, A.	44	Pérez de Pedro, I.	79, 81, 99
Méndez Moreno, J.	62	Pérez González, V.	101, 103
Mendonça, I.	37	Pérez Jiménez, F.	24, 26, 77
Merino Rumin, M.	104, 105, 106, 108, 129	Pérez Martínez, P.	24, 26
Millán, A.	21	Pérez Muñoz, B.	32
Millán, J.	86	Pérez Ramos, M.	52, 53, 83, 109, 110, 113, 119, 122
Mingo Alemany, A.	37	Pérez Serrano, J.	58, 68
Miranda, M.	21, 23, 88, 91, 94, 96	Pérez, C.	86
Miras Parra, F.	64, 124	Pérez, I.	77
Mirón Trigueros, P.	72	Pérez-Camacho, I.	25
Molano Tejada, E.	32, 35	Pérez-Jiménez, F.	100, 120
Molina Gil-Bermejo, J.	41	Pinzón Martín, J.	93
Molina, M.	61, 125, 126	Pons Raga, A.	27
Molina-Garrido, M.	61, 125, 126	Porras Vivas, J.	99
Montero Pérez-Barquero, M.	70	Portales Fernández, I.	48, 78, 79, 81, 98
Montero Rivas, L.	34	Portillo, M.	39, 49
Montes Cano, M.	38, 40, 42, 45, 80	Prada, M.	75
Montes Romero, J.	46, 130	Prado Llano, J.	109
Montes Worboys, A.	18	Prado Mediano, J.	29, 52, 53, 54, 69, 83, 122
Montes, J.	102	Prados Gallardo, A.	104, 105, 106, 108, 127
Montilla Burgos, A.	127, 128	Prados, T.	41
Morales, V.	21	Proença, P.	37
Morcillo Rodenas, C.	56	Puertas, S.	93
Moreno Abril, E.	123	Pujol de la Llave, E.	9, 60, 71, 73, 112
Moreno Conde, M.	24, 77	Raffo Márquez, M.	29, 44, 52, 53, 109, 113, 122
Moreno Gaviño, L.	11, 12, 13, 14	Raffo Núñez, M.	119
Morilla, R.	40, 42, 45, 80	Ramírez Duque, N.	11, 12, 13, 14
Morillas, R.	38	Ramírez Ortiz, E.	52, 54, 69, 83, 110, 113, 119, 122
Moruno, R.	21	Ramos Cantos, M.	34
Moya Benedicto, R.	66	Ramos Ruiz, J.	121
Moyo Muñoz, R.	44	Ramos-Clemente Romero, J.	29, 52, 53, 54, 110, 113, 119
Muñiz, O.	23, 94, 96	Rangel, D.	36, 118
Muñoz Beamud, F.	32, 35, 71, 73	Reche Molina, A.	124
Muñoz Jiménez, L.	95	Reche Molina, I.	72, 131
Muñoz Lobato, F.	38, 40, 80	Requena Pou, M.	121
Muñoz Roca, N.	22, 84, 90	Respaldiza Salas, N.	38
Muñoz Romero, R.	37	Respaldiza, N.	40, 42, 45, 80
Murillo, F.	65	Retamar Gentil, P.	39, 49, 129
Navarro Pérez, V.	121	Reveriego Blanes, J.	39, 49, 129
Navarro, V.	67	Rey Rodríguez, M.	39, 49, 108
Nieto, D.	23, 91	Ricardo, G.	48
Nieto, M.	14, 17, 65, 88, 94	Rico Corral, M.	57, 87, 89
Núñez, L.	70	Rico Lucena, M.	127, 128
Ocaña Medina, C.	19, 20, 76	Ridruejo Delgado, C.	62
Ogea, J.	120	Rincón, M.	11
Ojeda Burgos, G.	93	Ríos Fernández, R.	82
Oliver Pece, M.	27, 28	Rivero Rivero, L.	38
Ollero Baturone, M.	11, 12, 13, 14	Rivero, L.	40, 42, 45, 80
Ollero, M.	17, 36, 65	Rodríguez Baño, J.	39, 49
Ortega Parra, L.	58	Rodríguez Becerra, E.	18
Ortego Centeno, N.	82	Rodríguez Blázquez, R.	15
Osorio Ortiz, J.	51	Rodríguez Hernández, M.	65
Padial Sánchez, M.	85	Rodríguez Hurtado, A.	31
Páez Rubio, I.	71, 73	Rodríguez Martínez, V.	46, 72
Palacios, C.	17, 65	Rodríguez Matute, C.	43
Pamiés, E.	23, 88, 91, 94, 96	Rodríguez Ortega, P.	9, 60
Paniagua Gómez, F.	92	Rodríguez Rodríguez, D.	18
Pardo Cabello, A.	82	Rodríguez Sánchez, J.	71, 73
Parejo Sánchez, M.	64, 124	Rodríguez, A.	67
Parra, R.	17, 65	Rodríguez, M.	17
Pascual Lledó, J.	68	Rodríguez, V.	102, 131
Pedrajas Ortiz, A.	66	Romera Morgado, B.	51
Peña Jiménez, D.	99	Romero Clemente, J.	69

Índice de autores

Romero Jiménez, M. _____	52, 54, 69, 83, 110, 113, 119, 122	Villar, J. _____	23, 96
Romero Muñoz, A. _____	51	Zambrana García, J. _____	15
Romero, B. _____	43	Zambrana, J. _____	63
Ron Ribera, A. _____	16	Zamora Salido, M. _____	131
Rosal Obrador, J. _____	27, 28		
Ruano, J. _____	26		
Rubio Rubio, J. _____	74		
Rueda Rueda, T. _____	20		
Ruiz de Castroviejo, J. _____	107, 111		
Ruiz Franco-Baux, A. _____	59		
Ruiz Trenado, J. _____	106, 108		
Ruiz, J. _____	107		
Sabatel Gómez-Román, J. _____	55, 56, 123		
Salamanca Rivera, E. _____	57		
Salgado Ordóñez, F. _____	97, 98, 99		
Salguero, E. _____	67		
San Román y Terán, C. _____	34		
Sánchez Agüera, M. _____	40		
Sánchez Lora, J. _____	66		
Sánchez Román, J. _____	19, 20, 76		
Sánchez Romero, J. _____	22		
Sánchez Ruiz-Granados, E. _____	101, 103		
Sánchez Tallón, R. _____	123		
Sánchez, F. _____	111		
Sánchez, M. _____	47		
Sánchez-Yebra, W. _____	47		
Santamaría Fernández, S. _____	78, 81, 99		
Santamaría González, J. _____	57		
Santos Silva, P. _____	114, 115		
Sasian Martínez, S. _____	16, 33		
Saucedo, J. _____	27		
Serrano Carrillo de Albornoz, J. _____	104, 127		
Serrano González, A. _____	16, 33		
Serrano, J. _____	50, 74		
Sobrino Díaz, B. _____	78, 79, 95		
Sobrino, B. _____	22, 84, 90		
Solino, I. _____	107		
Soriano Carrascosa, L. _____	55, 56, 123		
Soriano Pérez, M. _____	104, 127		
Soriano, G. _____	34		
Soriano, M. _____	50, 74		
Sosa Rojas, P. _____	29, 53, 54, 69, 83, 109, 110, 122		
Soto Antelo, F. _____	114, 115		
Soto Mas, J. _____	85		
Soto, B. _____	17		
Stiefel, P. _____	23, 88, 91, 94, 96		
Suárez Lozano, I. _____	44		
Tinoco Bernal, M. _____	33		
Tirado Miranda, R. _____	111		
Toral López, I. _____	56		
Torelló, J. _____	36, 118		
Toscano, F. _____	11, 12, 13, 14		
Tous, M. _____	42		
Trujillo Pérez, J. _____	30, 121		
Urbano Carrillo, C. _____	95		
Ureña, T. _____	10		
Uribarri Sánchez, G. _____	48, 81, 98		
Uribarri, G. _____	97		
Utrilla Ayala, D. _____	59		
Valiente de Santis, L. _____	48, 78, 79, 95		
Valiente Méndez, A. _____	74, 105, 129		
Valiente, A. _____	39, 49, 50		
Vallejo, A. _____	23, 88, 91, 94, 96		
Varela, J. _____	80, 118		
Velasco Malagón, M. _____	117		
Villalobos Hernández, M. _____	93		
Villalobos Sánchez, A. _____	48, 95		
Villar Jiménez, J. _____	66		