



**XXVI**

Congreso de la Sociedad Andaluza  
de Medicina Interna

13-15 de Mayo 2010  
Hotel Meliá Sevilla

Organizado por el Servicio de  
Medicina Interna del Hospital  
Universitario Virgen Macarena

**Carta de Presentación**

En nombre del Comité Organizador que tengo el honor de presidir, me complace presentaros el programa de nuestro Congreso, el que hará el número 26 en la historia de la SADEMI, y que celebraremos en Sevilla del 13 al 15 de mayo de 2010. Cumplidas nuestras “bodas de plata”, estamos preparando un congreso que, recogiendo toda la experiencia pasada, sea innovador, poliédrico, ambicioso y abierto a la colaboración plural, reflejando los mejores valores del internista del siglo XXI.

Superada la crisis de finales de los años 80, el internista se perfila y afianza como el especialista nuclear en la atención hospitalaria, experto en la atención a la patología más prevalente en la actualidad: la cronicidad. Además, por nuestra formación polivalente y nuestra capacidad de adaptación, somos los profesionales con mejor posicionamiento para asumir la atención integral de la persona enferma, capaces de ubicarnos como médicos allí donde esté el paciente, o actuando como consultores y enlace entre médicos de familia y otros especialistas hospitalarios, “gestores de pacientes” en pro de la continuidad asistencial en el complejo entramado sanitario. Y en este sentido, muchas veces sin darnos cuenta, los internistas estamos desarrollando una práctica clínica diferente, a base de mezclar conocimientos fisiopatológicos y arte clínico, intuición y evidencia científica, pasión por el ser humano enfermo y reconocimiento de nuestra frágil naturaleza bio-psico-social, uso juicioso de la tecnología y respeto por las preferencias y decisiones del paciente. Es más, en este nuevo camino los internistas estamos incorporando a otros “actores” que eran totalmente secundarios en la práctica clínica de los que fueron nuestros predecesores: enfermeros, trabajadores sociales, psicólogos, cuidadores informales, familiares, etc.

Sin embargo, y como siempre ha de ser, sólo el registro sistemático de estas experiencias y su análisis metódico, permitirán transformar esta nueva práctica clínica en ciencia. Y estamos convencidos de que la SADEMI, que nos representa y aglutina, asume como suyo este reto. Su congreso anual es el foro ideal, en un contexto más cálido –que no menos riguroso- que el siempre más frío y duro de la publicación científica, para que los diferentes grupos presenten públicamente, analicen y debatan estas experiencias, favoreciendo el intercambio de información, impulsando estudios multicéntricos que aporten más y mejores evidencias, generando nuevo conocimiento y validando las mejores prácticas que nos permita a los internistas andaluces avanzar en nuestro compromiso profesional.

Por eso, para el año 2010 estamos diseñando un Congreso “de las personas y los grupos profesionales”, más que de las exposiciones academicistas con contenidos cerrados y sobre materias concretas, por otra parte siempre incompletas, por la amplitud de las que abarca nuestra especialidad. La ponencia oficial -sobre “la seguridad del paciente”- se está organizando con este cariz, al igual que los talleres y las mesas redondas, dándose preferencia a la comunicación de proyectos en marcha, de experiencias organizativas, de uso y validación de los nuevos instrumentos de trabajo, etc. Y además daremos cabida a esos otros “actores” de nuestra nueva práctica clínica, incorporando su visión de los actuales problemas con los que nos enfrentamos a diario los internistas andaluces, y sus propuestas de trabajo y colaboración interprofesional o altruista en la atención y el cuidado del paciente crónico.

Bajo este planteamiento, no os cabrá ya ninguna duda de que las comunicaciones serán las protagonistas de nuestro Congreso. Os invitamos a que nos mandéis todos vuestros trabajos sin que os frene la casuística o la metodología; toda ciencia, al principio, se hace con experiencias limitadas, que más tarde requerirán refrendos o refutaciones con nuevos datos y métodos más precisos. Vamos a pedir al Comité Científico un esfuerzo adicional para que haga una evaluación crítica de cada comunicación, con nuestro compromiso de hacérselo llegar a los autores para que la tengan en cuenta a la hora de exponerla.

Confiamos en una participación masiva en nuestro XXVI Congreso de la SADEMI por un doble motivo: primero porque nuestra Sociedad está más viva que nunca, el internismo está en auge en todo el mundo y los internistas de Andalucía en plena expansión profesional, con representación en todos los ámbitos y centros; el segundo motivo es que Sevilla en primavera es irresistible, sus encantos os embaucarán y nosotros vamos a poner nuestro granito de arena para que os acordéis mucho tiempo de esta ciudad maravillosa.

Os esperamos a todos y a todas.

**Dr. Mariano Aguayo Canela**  
Presidente del Comité Organizador

**COMITÉ DE HONOR**

Excmo. Sr. D. José Antonio Grifián Martínez  
**Presidente Junta de Andalucía**

Excmo. Sra. D<sup>a</sup>. M<sup>a</sup> Jesús Montero Cuadrado  
**Consejera de Salud**

Excmo. Sr. D. Alfredo Sánchez Monteseirín  
**Alcalde de Sevilla**

Sr. D. José Luis Gutiérrez Pérez  
**Gerente Servicio Andaluz de Salud**

Sr. D. Francisco Javier Cuberta Galdós  
**Delegado de Salud**

Sr. D. Hugo Galera Davidson  
**Presidente Real Academia Medicina**

Sr. D. Carlos Javier González-Vilardell Urbano  
**Presidente Colegio Oficial de Médicos**

Sr. D. Pedro Conthe Gutiérrez  
**Presidente SEMI**

Sr. D. Alfredo Michán Doña  
**Presidente SADEMI**

Sr. D. Joaquín Torres Moreno  
**Gerente Hospital Univ. Virgen Macarena**

Sr. D. Mariano Aguayo Canela  
**Presidente del Comité Organizador**

**JUNTA DIRECTIVA DE SADEMI**

**Presidente:**  
Dr. Alfredo Michán Doña

**Vicepresidente 1º Andalucía Oriental:**  
Dr. Carlos San Román y de Terán

**Vicepresidente 2º Andalucía Occidental:**  
Dr. Manuel Ollero Baturone

**Tesorero:**  
Dr. Juan Antonio Ortiz Minuesa

**Secretario:**  
Dr. Javier Ampuero Ampuero

**Vocal Almería:**  
Dr. Francisco Laynez Bretones

**Vocal Jaén:**  
Dr. Felipe Molina Molina

**Vocal Cádiz:**  
Dr. José Luis Bianchi Llave

**Vocal Córdoba:**  
Dr. Luciano López Jiménez

**Vocal Sevilla:**  
Dr. Máximo Bernabeu Wittel

**Vocal Granada:**  
Dr. Manuel Jesús Menduñá Guillen

**Vocal Huelva:**  
Dr. Manuel Jesús Romero Jiménez

**Vocal Málaga:**  
Dra. M<sup>a</sup> Dolores Martín Escalante

**Vocal MIR:**  
Dra. Lourdes Moreno Gaviño

**COMITÉ ORGANIZADOR DEL CONGRESO**

**Presidente:**  
Dr. Mariano Aguayo Canela

**Vocales:**  
Dr. Manuel Ollero Baturone  
Dr. Eduardo Gómez Camacho  
Dr. Antonio Fernández Moyano  
Dr. Jorge Marín Martín  
Dr. Miguel Ángel Rico Corral  
Dra. Josefina Oliván Martínez  
Dra. Lucía Fernández Rendón  
Dr. José Antonio Pérez de León Serrano  
Dra. Rocío Fernández Ojeda  
Dr. Salvador Alegre Herrera  
Dr. José Luis Serrano Carrillo de Albornoz  
Dra. Marta Rey Rodríguez

**COMITÉ CIENTIFICO**

**Presidente:**  
Dr. Mariano Aguayo Canela

**Vocales:**  
Dr. Luciano López Jiménez  
Dr. Fernando Escobar Jiménez  
Dr. Fernando Gamboa Antiñolo

JUEVES, 13 DE MAYO

JUEVES, 13 DE MAYO

**09:00 h. Apertura de la Secretaría**  
Entrega de la documentación

**10:30-13:30 h. TALLERES PARA RESIDENTES**

**10:30-12:00 h. SALONES GIRALDA I Y II**  
**TALLER 1**  
**VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA (VMNI)**

**Moderador:** **Dr. Jorge Marín Martín**  
Servicio de Medicina Interna  
Hospital de la Merced, AGS de Osuna. Sevilla

**Ponente:** **Dr. Salvador Vergara López**  
Servicio de Medicina Interna  
Hospital de la Merced. AGS de Osuna, Sevilla

**SALÓN GIRALDA III**  
**TALLER 2**  
**LIMITACIÓN DE ESFUERZO TERAPÉUTICO (LET)**

**Moderador:** **Dr. José María Rubio Rubio**  
Servicio de Medicina Interna "A"  
Profesor de Bioética. Universidad de Sevilla  
Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla

**Ponentes:** **Dr. Fernando Miguel Gamboa Antiñolo**  
Servicio de Medicina Interna. Unidad de Continuidad Asistencial (UCA)  
Hospital del Tomillar. Área Hospital Universitario Ntra. Sra. de Valme. Sevilla

**Dr. José M<sup>a</sup> Galán González Serna**  
Área de Ética y Bioética  
Orden Hospitalaria de San Juan de Dios. Sevilla

**12:00-13:30 h. SALONES GIRALDA I Y II**  
**TALLER 3**  
**HERRAMIENTAS DE VALORACIÓN INTEGRAL EN MEDICINA INTERNA**

**Moderador:** **Dr. Manuel Ollero Baturone**  
Servicio de Medicina Interna. Unidad Clínica Atención Médica Integral (UCAMI)  
Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

**Ponentes:** **Dr. Manuel Rincón Gómez**  
Servicio de Medicina Interna - UCAMI  
Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

**Dña. Trinidad Cano Rodríguez**  
Enfermera. Servicio de Medicina Interna - UCAMI  
Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

**SALÓN GIRALDA III**  
**TALLER 4**  
**USO AVANZADO DE LA BIBLIOTECA VIRTUAL DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA (SSPA)**

**Moderador:** **Dr. Mariano Aguayo Canela**  
Servicio de Medicina Interna – UGC ATICA  
Hospital Virgen Macarena. Sevilla.

**Ponente:** **D. Francisco Alvarado Gómez**  
Documentalista adscrito a la Biblioteca Virtual del SSPA  
Hospital General Juan Ramón Jiménez. Huelva.

**14:00-16:00 h. ALMUERZO DE TRABAJO**  
(sólo para los asistentes a los Talleres)

**16:00-17:30 h. SALONES GIRALDA I Y II**  
**MESA REDONDA**  
**ACTUALIZACIÓN EN EPOC**

**Moderador:** **Dr. Carlos M<sup>a</sup> de San Román y de Terán**  
Servicio de Medicina Interna  
Hospital Comarcal de La Axarquía. Vélez Málaga, Málaga

**Comorbilidad en EPOC. Estudio ECCO**  
**Dr. Pedro Almagro Mena**  
Servicio de Medicina Interna  
Hospital Mutua de Terrassa. Terrassa, Barcelona

**Ventilación Mecánica No Invasiva, experiencia multidisciplinar**  
**Dr. Juan Custardoy Olabarrieta**  
Servicio de Medicina Interna  
Hospital de la Vega Baja de Orihuela, Alicante

**Tratamiento actual de la EPOC. Perspectivas de futuro**  
**Dr. José Manuel Varela Aguilar**  
**CIBER de Epidemiología y Salud Pública.** Servicio de Medicina Interna - UCAMI  
Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

*Patrocinado por: Boehringer Ingelheim*

**17:30-18:30 h. TEMAS A DEBATE**

**SALONES GIRALDA I Y II**  
**ACREDITACIÓN DE PROFESIONALES EN ANDALUCÍA:**  
**¿ES FACTIBLE EL ACTUAL SISTEMA PARA EL MÉDICO INTERNISTA?**

**Moderador:** **Dr. Javier García Alegría**  
Servicio Medicina Interna  
Hospital Costa del Sol. Marbella, Málaga



**JUEVES, 13 DE MAYO**

**Ponentes:** **Dr. Antonio Torres Oliveira**  
Director de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía

**Dr. José Antonio Cuello Contreras**  
Servicio de Medicina Interna.  
Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

**17:30-18:30 h. SALÓN GIRALDA III**  
**¿QUÉ HA PASADO CON LA GRIPE A?**

**Moderador:** **Dr. Emilio Pujol de la Llave**  
Servicio de Medicina Interna.  
Hospital General Juan Ramón Jiménez. Huelva

**Ponentes:** **Dr. Jesús Rodríguez Baño**  
Unidad Clínica de Enfermedades Infecciosas y Microbiología  
Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla

**Dr. José Ramón Paño Pardo**  
Unidad de Enfermedades Infecciosas  
Hospital Universitario La Paz. Madrid

**18:30-19:00 h. PAUSA-CAFÉ**

**19:00-19:30 h. SALONES GIRALDA I Y II**  
**CONFERENCIA INAUGURAL**  
**COLECTIVOS VULNERABLES Y SALUD**

**Presentador:** **Dr. Mariano Aguayo Canela**  
Presidente del Comité Organizador

**Ponente:** **Excmo. Sr. D. José Chamizo de la Rubia**  
Defensor del Pueblo Andaluz

**19:30-19:45 h. SALONES GIRALDA I Y II**  
**INAUGURACIÓN OFICIAL**

**Dr. Alfredo Michán Doña**  
Presidente de SADEMI

**Dr. Mariano Aguayo Canela**  
Presidente del Comité Organizador

**19:45-20:30 h. EXPERIENCIA DE CUIDADORES: "Fragmentos de dolor y esperanza"**

**20:30 h. CÓCTEL DE BIENVENIDA**

**VIERNES, 14 DE MAYO**

**09:00-10:00 h. SALONES GIRALDA III, V Y VI**  
**SESIONES DE COMUNICACIONES**

**10:00-11:30 h. SALONES GIRALDA I Y II**  
**SESIÓN PLENARIA**  
**SEGURIDAD DEL PACIENTE EN MEDICINA INTERNA**

**Moderador:** **Dr. Alberto Ruiz Cantero**  
Servicio de Medicina Interna  
Hospital de la Serranía. Ronda, Málaga

**Ponentes:** **Desarrollo del Plan de Seguridad de Pacientes en la E.P. Hospital Costa del Sol**  
**Dr. Enrique Pérez Trueba**  
Responsable de la Unidad de Calidad  
Hospital Costa del Sol. Marbella, Málaga

**La seguridad en los cuidados de los pacientes: proyecto SENECA**  
**Dr. Emilio Ignacio García**  
Profesor Titular. Universidad de Cádiz

**Aprender de los aciertos**  
**Dr. Vicente Santana López**  
Director del Observatorio para la Seguridad del Paciente.  
Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía.

**Tecnologías de comunicación e información para la vigilancia y atención de pacientes**  
**Dr. Alejandro Rodríguez Molinero**  
Responsable de la Unidad de Investigación Clínica.  
Centro de Estudios Tecnológicos para la Atención a la Dependencia y la Vida Autónoma.  
Vilanova i la Geltrú. Barcelona.

**Seguridad clínica: del resultado a las causas**  
**Dr. Pedro Jesús Saturno Hernández**  
Director del Máster (a distancia) en Gestión de Calidad en Servicios de Salud  
Universidad de Murcia

**11:30-12:00 h. PAUSA/CAFÉ**

**12:00-12:30 h. SALONES GIRALDA I Y II**  
**COMUNICACIONES A LA PONENCIA OFICIAL**

## VIERNES, 14 DE MAYO

## VIERNES, 14 DE MAYO

**12:30-14:00 h. SALONES GIRALDA I Y II**  
**MESA REDONDA**  
**AVANCES EN EL TRATAMIENTO DE LA DIABETES MELLITUS CON ANÁLOGOS GLP-1**

**Moderador:** **Dr. Javier García Alegría**  
 Servicio de Medicina Interna  
 Hospital Costal del Sol. Marbella, Málaga

**Ponentes:** **Liraglutida, concepto y situación en el esquema terapéutico de tratamiento para la Diabetes tipo 2**  
**Dr. José Luis Bianchi Llave**  
 Servicio de Medicina Interna  
 Hospital Punta de Europa. Algeciras, Cádiz

**Actualización en el programa de Ensayos Clínicos LEAD (Liraglutide Effect and Action in Diabetes). Aplicabilidad y práctica clínica**

**Dr. Juan Luis Sampedro Villasán**  
 Servicio de Medicina Interna  
 Hospital San Agustín de Linares. Jaén

**Efectos de Liraglutida sobre el sistema cardiovascular y sobre la función y masa de célula beta**

**Dr. Ricardo Gómez Huelgas**  
 Servicio de Medicina Interna  
 Hospital Universitario Carlos Haya. Málaga

*Patrocinado por: Novo Nordisk*

**14:00-16:00 h. ALMUERZO DE TRABAJO**

**16:00-17:00 h. SALONES GIRALDA III, V Y VI**  
**SESIONES DE COMUNICACIONES**

**17:00-18:30 h. SALONES GIRALDA I Y II**  
**MESA REDONDA**  
**NUEVOS RETOS PARA EL INTERNISTA EN EL MANEJO DEL PACIENTE CON DEMENCIA**

**Moderador:** **Dr. Antonio Fernández Moyano**  
 Servicio de Medicina  
 Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos, Sevilla

**Ponentes:** **Programas asistenciales sociosanitarios**  
**Dña. Begoña López López**  
 Enfermera Gestora de Casos del CS "San Pablo" (D.S. Sevilla)

**Tratamientos de los trastornos conductuales que acompañan a la demencia**  
**Dr. Ángel Moriñigo Domínguez**  
 Médico Psiquiatra  
 Estudio de Psiquiatría. Sociedad Española de Psiquiatría Geriátrica (SEPG).  
 Sevilla

**Investigación traslacional en demencia**

**Prof. José López Barneo**  
 Catedrático de Fisiología. Universidad de Sevilla  
 Director del Centro de Investigación Biomédica en Red en Enfermedades Neurodegenerativas y del Instituto de Biomedicina de Sevilla

**18:30-19:00 h. PAUSA-CAFÉ**

**19:00-20:30 h. SALONES GIRALDA I Y II**  
**ASAMBLEA DE LA SADEMI**

**22:00 h. CENA CLAUSURA**

## SÁBADO, 15 DE MAYO

**09:00-10:00 h. SALONES GIRALDA III, V Y VI**  
**SESIONES DE COMUNICACIONES**

**10:00-11:00 h. SALONES GIRALDA I Y II**  
**MESA REDONDA**  
**DISLIPEMIAS Y RIESGO CARDIOVASCULAR**

**Moderador:** **Dr. José López Miranda**  
 Servicio de Medicina Interna  
 Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba

**Dislipemia y diabetes mellitus tipo 2**

**Dr. Alfredo Michán Doña**  
 Servicio Medicina Interna.  
 Hospital General de Jerez de la Frontera. Cádiz

**Manejo integral del riesgo cardiovascular residual: nuevas perspectivas**

**Dr. Ovidio Muñoz Grijalvo**  
 Servicio Medicina Interna.  
 Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

*Patrocinado por: Merck Sharp & Dohme*

**SÁBADO, 15 DE MAYO**

**SÁBADO, 15 DE MAYO**

**11:00-12:00 h. SALONES GIRALDA I Y II  
MESA REDONDA  
¿QUÉ HAY DE NUEVO EN...? (Primera Parte)**

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

**Gérmens multiresistentes: ¿problemas para el paciente o para la institución?**  
**Dr. Ángel García García**  
Servicio de Medicina Interna - UCA  
Hospital Universitario Ntra. Sra. de Valme. Sevilla

*Patrocinado por: Novartis*

**Diabetes y riesgo de cáncer**  
**Dr. Manuel Cobo Dols**  
Servicio de Oncología  
Hospital Universitario Carlos Haya. Málaga

*Patrocinado por: Novo Nordisk*

**Indicadores pronósticos en pacientes pluripatológicos: ¿qué aporta el estudio PROFUND?**  
**Dra. Lourdes Moreno Gaviño**  
Servicio de Medicina Interna. Unidad Clínica de Atención Médica Integral  
Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

**12:00-12:30 h. PAUSA-CAFÉ**

**12:30-13:30 h. SALONES GIRALDA I Y II  
MESA REDONDA  
¿QUÉ HAY DE NUEVO EN...? (Segunda Parte)**

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

**Estrategias terapéuticas en la enfermedad arterial periférica**  
**Dr. Miguel Angel Rico Corral**  
Servicio de Medicina Interna  
Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla

*Patrocinado por: Bristol Myers Squibb*

**Nuevos anticoagulantes orales**  
**Dr. Manuel Montero Pérez-Barquero**  
Servicio de Medicina Interna  
Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba

*Patrocinado por: Boehringer Ingelheim*

**Terapias biológicas en Enfermedades Autoinmunes**

**Dr. Jose Luis Callejas Rubio**

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

*Patrocinado por: Roche Farma*

**13:30 h. SALONES GIRALDA I Y II  
CLAUSURA**

**Dr. Mariano Aguayo Canela**  
Presidente Comité Organizador



## COMUNICACIONES

Viernes, 14 de mayo

09:00-10:00 horas. Salón Giralda III

**Moderadores:** **Dr. José Antonio Girón**  
Servicio de Medicina Interna  
Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz

**Dr. Juan Gálvez Acebal**  
Servicio de Medicina Interna  
Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla

**A-01 CARACTERIZACIÓN DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE GRIPE A ATENDIDOS EN UN HOSPITAL COMARCAL**

D. García Guzmán, R. de la Rosa Morales, J. Delgado de la Cuesta  
Servicio de Medicina. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos (Sevilla)

**A-03 ANÁLISIS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DE LOS CASOS DE NEUMONÍA DE ADQUISICIÓN COMUNITARIA INGRESADOS EN UN HOSPITAL COMARCAL DURANTE EL PERIODO DE PANDEMIA DE GRIPE A**

M. Gómez Hernández, R. de la Rosa Morales, J. Delgado de la Cuesta  
Servicio de Medicina. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos (Sevilla)

**A-04 CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS DE UNA SERIE DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE GRIPE A EN UN HOSPITAL GENERAL**

M. Martínez Cortés, G. Parra García, M. Esteban Moreno, G. Gómiz Rodríguez, P. Sánchez López, G. López Lloret, L. Díez García  
Servicio de Medicina Interna. Hospital Torrecárdenas. Almería

**A-05 PREDICTORES DE MORTALIDAD EN PACIENTES INGRESADOS POR NEUMONÍA COMUNITARIA EN UN HOSPITAL COMARCAL**

M. Gómez Hernández, R. de la Rosa Morales, C. Escorial Moya, J. Delgado de la Cuesta  
Servicio de Medicina. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos (Sevilla)

**A-09 ADECUACIÓN A UN PROTOCOLO DE NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD: ¿PEDIMOS LO QUE NECESITAMOS?**

C. Umaña de Bonet<sup>1</sup>, R. Ramírez Montesinos<sup>1</sup>, M. Cheda<sup>1</sup>, C. Moreno Arias<sup>1</sup>, A. Delegido Sánchez-Migallón<sup>1</sup>, O. Araújo Loperena<sup>1</sup>, M. Carulla<sup>2</sup>, E. Pedrol Clotet<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Técnico de Salud. Hospital de Sant Pau i Santa Tecla. Tarragona

**A-10 COMORBILIDAD, CRITERIOS DE INGRESO Y TRATAMIENTO EN UNA SERIE DE NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD: ADECUACIÓN A UN PROTOCOLO**

M. Cheda<sup>1</sup>, R. Ramírez Montesinos<sup>1</sup>, C. Moreno Arias<sup>1</sup>, C. Umaña de Bonet<sup>1</sup>, A. Delegido Sánchez-Migallón<sup>1</sup>, O. Araújo Loperena<sup>1</sup>, M. Carulla<sup>2</sup>, E. Pedrol Clotet<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Técnico de Salud. Hospital de Sant Pau i Santa Tecla. Tarragona

**A-12 RESULTADOS DE LAS PRUEBAS COMPLEMENTARIAS EN PACIENTES CON NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD**

C. Moreno Arias<sup>1</sup>, R. Ramírez Montesinos<sup>1</sup>, M. Cheda<sup>1</sup>, C. Umaña de Bonet<sup>1</sup>, A. Delegido Sánchez-Migallón<sup>1</sup>, O. Araújo Loperena<sup>1</sup>, M. Carulla<sup>2</sup>, E. Pedrol Clotet<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Técnico de Salud. Hospital de Sant Pau i Santa Tecla. Tarragona

**A-13 NEUMONÍAS DE LA COMUNIDAD INGRESADAS EN UN HOSPITAL GENERAL DURANTE EL ACMÉ DEL PERIODO PANDÉMICO DE GRIPE A/H1N1V**

M. Esteban Moreno, G. Gómiz Rodríguez, G. Parra García, P. Sánchez López, G. López Lloret, M. Martínez Cortés, L. Díez García  
Servicio de Medicina Interna. Hospital Torrecárdenas. Almería

**A-14 CARACTERÍSTICAS DIFERENCIALES ENTRE PACIENTES HOSPITALIZADOS POR SOSPECHA DE GRIPE A NO CONFIRMADA Y PACIENTES CON CONFIRMACIÓN MICROBIOLÓGICA EN UN HOSPITAL GENERAL**

P. Sánchez López, G. López Lloret, M. Martínez Cortés, G. Parra García, M. Esteban Moreno, G. Gómiz Rodríguez, L. Díez García  
Servicio de Medicina Interna. Hospital Torrecárdenas. Almería

**A-19 VALIDACIÓN DE UN PROTOCOLO DE ACTUACIÓN FRENTE A NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD**

O. Araújo Loperena<sup>1</sup>, R. Ramírez Montesinos<sup>1</sup>, V. Moreno Arias<sup>1</sup>, C. Umaña de Bonet<sup>1</sup>, M. Cheda<sup>1</sup>, A. Delegido Sánchez-Migallón<sup>1</sup>, M. Carulla<sup>2</sup>, E. Pedrol Clotet<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Técnico de Salud. Hospital de Sant Pau i Santa Tecla. Tarragona

Viernes, 14 de mayo

09:00-10:00 horas. Salón Giralda V

**Moderadores:** **Dr. Nacho Vallejo Maroto**  
Servicio de Medicina Interna  
Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos (Sevilla)

**Dr. Salvador Alegre Herrera**  
Servicio de Medicina Interna  
Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla

**EA-04 CARACTERÍSTICAS DE PACIENTES ANCIANOS POLIMEDICADOS HOSPITALIZADOS EN MEDICINA INTERNA**

M. García Ordóñez<sup>1</sup>, C. Galán Retama<sup>2</sup>, A. Ruiz Serrato<sup>1</sup>, S. Fernández Espinola<sup>2</sup>, R. Garrido Fernández<sup>2</sup>, M. Vallejo Herrera<sup>1</sup>, V. Padilla Marín<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Farmacia. Hospital de Antequera. Antequera (Málaga)

**EA-05 VALIDACIÓN DEL NUEVO ÍNDICE PRONÓSTICO PROFUNDO PARA POBLACIONES DE PACIENTES PURIPATOLÓGICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA**

L. De la Higuera Vila<sup>1</sup>, P. Bohórquez Colombo<sup>2</sup>, L. Moreno Gaviño<sup>1</sup>, D. Mendoza Giraldo<sup>1</sup>, M. Bernabeu Wittel<sup>1</sup>, D. Nieto Martín<sup>1</sup>, A. Ortiz Camúñez<sup>2</sup>, M. Ollero Baturone<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla

**EA-06 DERIVACIÓN Y VALIDACIÓN DE UN NUEVO MODELO PRONÓSTICO PARA PACIENTES PURIPATOLÓGICOS: ÍNDICE PROFUND**

M. Bernabeu Wittel, M. Ollero Baturone, L. Moreno Gaviño, B. Barón Franco, C. Ramos Cantos, A. Fernández Moyano, A. Escalera Zaldive  
En representación de los Investigadores del Proyecto PROFUND. Grupo de Paciente Pluripatológico y Edad Avanzada. SEMI

**EA-07 DETERIORO FUNCIONAL EVOLUTIVO DE PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS. RESULTADOS A UN AÑO DE SEGUIMIENTO DEL PROYECTO PROFUND**

L. Moreno Gaviño, M. Bernabeu Wittel, M. Ollero Baturone, P. Giner, M. Cassani Garza, M. Nieto Martín, P. Retamar Gentil  
En representación de Investigadores del Proyecto PROFUND. Grupo de Paciente Pluripatológico y Edad Avanzada. SEMI

**EA-08 FACTORES ASOCIADOS A LAS NECESIDADES DE HOSPITALIZACIÓN DURANTE UN AÑO DE SEGUIMIENTO DE PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS**

B. Barón Franco, C. Ramos Cantos, M. Romero Jiménez, V. Rodríguez Martínez, T. Martínez, M. Bayón Sayago, C. Luque Amado  
En representación de los Investigadores del Proyecto PROFUND. Grupo de Paciente Pluripatológico y Edad Avanzada. SEMI

**EA-09 EFECTO DEL TRATAMIENTO NO BRONCODILATADOR SOBRE LA SUPERVIVENCIA EN PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA**

C. Luque Amado, A. Fernández Moyano, J. Galindo Ocaña, V. Rodríguez Martínez, M. Rincón Gómez, M. Godoy, M. Aguayo Canela  
En representación de los Investigadores del Proyecto PROFUND. Grupo de Paciente Pluripatológicos y Edad Avanzada. SEMI

**EA-10 EFECTO DE LA ANEMIA Y EL DETERIORO DE LA FUNCIÓN RENAL EN PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA**

J. Galindo Ocaña, A. Escalera Zaldive, M. Maíz Jiménez, N. Ramírez Duque, M. Montero Pérez-Barquero, A. Ruiz Cantero, F. Díez  
En representación de los investigadores del Proyecto PROFUND. Grupo de Paciente Pluripatológico y Edad Avanzada. SEMI

**EA-11 ¿ES POSIBLE LA ESTIMULACIÓN COGNITIVA AMBULATORIA EN UN ÁREA RURAL?: EXPERIENCIA DESDE EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DE UN HOSPITAL COMARCAL**

L. Castilla Guerra<sup>1</sup>, M. Borges Guerra<sup>2</sup>, E. Domínguez Vázquez<sup>2</sup>, M. Fernández Moreno<sup>3</sup>, J. Álvarez Suero<sup>1</sup>, E. Carmona Nimo<sup>1</sup>, F. Pozuelo del Rosal<sup>1</sup>, J. Marín Martín<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Neuropsicología. Medicina Interna. Hospital de la Merced. Osuna (Sevilla)  
<sup>3</sup>Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Nuestra Señora de Valme. Sevilla

Viernes, 14 de mayo

09:00-10:00 horas. Salón Giralda VI

**Moderadores:** **Dr. Javier Carrasco Sánchez**  
Servicio de Medicina Interna  
Hospital Juan Ramón Jiménez.. Huelva

**Dr. Oscar Aramburu Bodas**  
Servicio de Medicina Interna  
Complejo Hospitalario Virgen Macarena Sevilla

**IC-01 NIVELES CIRCULANTES DE CITOCINAS Y SU RELACIÓN CON LA POSIBLE RESISTENCIA A ERITROPOYETINA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA**

J. Santamaría González<sup>1</sup>, B. García Casado<sup>1</sup>, E. Guisado Espartero<sup>2</sup>, P. Salamanca Bautista<sup>1</sup>, E. Ramiro Ortega<sup>1</sup>, O. Aramburu Bodas<sup>1</sup>, J. Arias Jiménez<sup>1</sup>, R. Pérez Cano<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna B. Complejo Hospitalario Virgen Macarena. Sevilla  
<sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Infanta Margarita. Cabra (Córdoba)

**IC-02 CONTROL LIPÍDICO EN EL SEGUIMIENTO EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA DE CAUSA ISQUÉMICA**

B. García Casado<sup>1</sup>, J. Santamaría González<sup>1</sup>, P. Salamanca Bautista<sup>1</sup>, E. Guisado Espartero<sup>2</sup>, E. Ramiro Ortega<sup>1</sup>, O. Aramburu Bodas<sup>1</sup>, J. Arias Jiménez<sup>1</sup>, R. Pérez Cano<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna B. Complejo Hospitalario Virgen Macarena. Sevilla  
<sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Infanta Margarita. Cabra (Córdoba)

**IC-03 INSUFICIENCIA CARDÍACA Y GÉNERO. DESCRIPCIÓN DE UNA COHORTE. PRESENTACIÓN CLÍNICA**

A. De Miguel Albarreal<sup>1</sup>, I. Martín Garrido<sup>2</sup>, L. Martín Ponce<sup>1</sup>, J. Vila Santos<sup>3</sup>, R. Terán Redondo<sup>2</sup>, E. Muro Fernández de Pineda<sup>3</sup>, S. García Morillo<sup>2</sup>, A. Navarro Puerto<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Nuestra Señora de Valme. Sevilla  
<sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Virgen del Rocío. Sevilla  
<sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital 12 de Octubre. Madrid

**IC-04 INSUFICIENCIA CARDÍACA Y GÉNERO. MANEJO DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO**

L. Martín Ponce<sup>1</sup>, T. Martínez Rísquez<sup>2</sup>, A. De Miguel Albarreal<sup>1</sup>, M. Fernández Ruíz<sup>3</sup>, B. Herrera Hueso<sup>2</sup>, E. Andrés Estaban<sup>4</sup>, R. Gómez Herreros<sup>1</sup>, I. Melguizo Moya<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Nuestra Señora de Valme. Sevilla  
<sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Virgen del Rocío. Sevilla  
<sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>4</sup>Unidad Epidemiológica. Hospital 12 de Octubre. Madrid

**IC-05 ¿ES POSIBLE CONOCER EL PRONÓSTICO DE LA INSUFICIENCIA CARDÍACA DESDE EL INGRESO? RESULTADOS PRELIMINARES DEL ESTUDIO MULTICÉNTRICO PREDICE (PREDICCIÓN DESENLACES INSUFICIENCIA CARDÍACA EN ESPAÑA)**

B. Herrera Hueso<sup>1</sup>, M. Martín Ponce<sup>2</sup>, M. Martínez Rísquez<sup>1</sup>, A. De Miguel Albarreal<sup>2</sup>, L. Gómez Morales<sup>1</sup>, A. Navarro Puerto<sup>2</sup>, J. Llenas García<sup>3</sup>, P. Magán Tapia<sup>4</sup>  
<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Virgen del Rocío. Sevilla  
<sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Nuestra Señora de Valme. Sevilla  
<sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>4</sup>CIBER de Epidemiología y Salud Pública. Hospital 12 de Octubre. Madrid



**IC-06 INSUFICIENCIA CARDÍACA CON BAJA FRACCIÓN DE EYECCIÓN EN UN HOSPITAL COMARCAL**

L. Pérez Belmonte, P. Medina Delgado, M. Blanco Díaz, M. Loring Caffarena, M. Martínez Delgado, L. Montero Rivas, M. Guil García, F. Zafra Sánchez  
Servicio de Medicina Interna. Hospital Comarcal de la Axarquía. Vélez-Málaga

**IC-07 PREDICTORES DE MORTALIDAD EN OCTOGENARIOS CON INSUFICIENCIA CARDÍACA Y FRACCIÓN DE EYECCIÓN PRESERVADA**

I. Páez Rubio, F. Carrasco Sánchez, P. Martínez Pérez, I. Vázquez Rodríguez, E. Ortiz López, A. Camacho Molina  
Unidad de Gestión Clínica de Medicina Interna. Hospital General Juan Ramón Jiménez. Huelva

**IC-08 CONTROL DE PRESIÓN ARTERIAL POR MONITORIZACIÓN AMBULATORIA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA EN UNA CONSULTA DE MEDICINA INTERNA**

I. Gómez Vascon<sup>1</sup>, J. Santamaría González<sup>1</sup>, B. García Casado<sup>1</sup>, E. Guisado Espartero<sup>2</sup>, P. Salamanca Bautista<sup>1</sup>, O. Aramburu Bodas<sup>1</sup>, J. Arias Jimenez<sup>1</sup>, R. Pérez Cano<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen Macarena. Sevilla  
<sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Infanta Margarita. Cabra (Córdoba)

**IC-09 PREVALENCIA DE ANEMIA Y FACTORES DE RIESGO EN PACIENTES HOSPITALIZADOS CON INSUFICIENCIA CARDÍACA A LO LARGO DE UN AÑO**

I. Gallardo Romero, G. Jarava Rol, M. Godoy Guerrero, M. González Benítez, B. Escolano Fernández, M. Maíz Jiménez, G. Uribarri Sánchez, A. Ruiz Cantero  
Servicio de Medicina Interna. Hospital de la Serranía. Ronda (Málaga)

**Viernes, 14 de mayo**

**12:00-12:30 horas. Salones Giralda I y II**

**Moderadores:** **Dr. Alberto Ruiz Cantero**  
Servicio de Medicina Interna  
Hospital de la Serranía. Ronda (Málaga)

**Dr. Jorge Marín Martín**  
Servicio de Medicina Interna  
Hospital de la Merced. Osuna (Sevilla)

**EA-03 ESTUDIO CASOS CONTROLES SOBRE EL DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: "RIESGO DE CAÍDAS" EN PERSONAS INSTITUCIONALIZADAS**

M. Peláez Cerón, D. Camacho González, A. Vera Carmona  
UGC Medicina Interna. Hospital de Antequera. Antequera (Málaga)

**G-04 ¿DAMOS IMPORTANCIA A LA REVISIÓN DE LAS TRANSCRIPCIONES PREVIAMENTE A LA ADMINISTRACIÓN DE TRATAMIENTOS?**

T. Cano Rodríguez, C. Ridruejo Delgado, R. Arregui Perez, I. Sánchez Berna, A. Díaz Cira, E. Jiménez Sequera, M. Raposo Fernández, M. Bellido Camacho  
UCAMI. Complejo Hospitalario Virgen del Rocío. Sevilla

**G-08 SISTEMA DE GESTIÓN DE NOTIFICACIONES COMO OPORTUNIDAD DE MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE**

E. Moreno Campoy, I. Moraga Ropero, A. Ruiz Cantero, F. Martín Navarro, F. Mérida de la Torre, J. Garrido Martínez, A. Morillo Martín  
Comisión de Seguridad. Hospital de la Serranía. Ronda (Málaga)

**V-11 UNA PROPUESTA PARA UN USO SEGURO DE LA SEDACIÓN PALIATIVA EN UN HOSPITAL GENERAL**

F. Martínez Peñalver<sup>1</sup>, R. Domínguez Álvarez<sup>1</sup>, J. Boceta Osuna<sup>1</sup>, J. Royo Aguado<sup>1</sup>, A. Blanco Picabia<sup>2</sup>,  
C. Rivero Rubio<sup>1</sup>, Á. Blanco Becerra<sup>1</sup>, M. Aguayo Canela<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna "A"-UGC "ATICA" <sup>2</sup>Servicio de Psicología Clínica. Complejo Hospitalario Virgen Macarena. Sevilla

**Viernes, 14 de mayo**

**16:00-17:00 horas. Salón Giralda III**

**Moderadores:** **Dr. José Luis Royo Aguado**  
Servicio de Medicina Interna  
Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla

**Dr. Fernando Gamboa**  
Servicio de Medicina Interna  
Hospital Nuestra Señora de Valme. Sevilla

**EA-01 ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LA POBLACIÓN CON CRITERIOS DE TERMINALIDAD ATENDIDOS EN UN HOSPITAL COMARCAL SIN UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS**

J. Delgado de la Cuesta, C. Escorial Moya  
Servicio de Medicina. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos (Sevilla)

**EA-02 MANEJO DE PACIENTES CON CRITERIOS DE TERMINALIDAD EN UN HOSPITAL SIN UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS**

C. Escorial Moya, J. Delgado de la Cuesta  
Servicio de Medicina Interna. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos (Sevilla)

**RV-16 PERFIL DEL PACIENTE ANCIANO INGRESADO EN UCI POR CARDIOPATÍA ISQUÉMICA EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO**

M. Menduñía Guillén<sup>1</sup>, P. Alaminos García<sup>2</sup>, D. Sánchez Rico<sup>1</sup>, J. Cantero Hinojosa<sup>1</sup>, F. González Díaz<sup>3</sup>, F. Miras Parra<sup>1</sup>, F. Pérez Blanco<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>3</sup>Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias (Sección UCI). Hospital Universitario San Cecilio. Granada  
<sup>2</sup>Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias (Sección UCI). Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada

**V-02 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y PRONÓSTICAS SEGÚN FORMAS ETIOLÓGICAS DE LAS PANCREATITIS AGUDA**

A. Ruiz Serrato<sup>1</sup>, D. Marín García<sup>2</sup>, V. Galán Jurado<sup>2</sup>, C. Utrilla Ayala<sup>2</sup>, M. Vallejo Herrera<sup>1</sup>, F. Cárdenas Lafuente<sup>2</sup>, M. García Ordóñez<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Digestivo. Hospital de Antequera. Antequera (Málaga)

**V-06 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS VALORADOS POR UN EQUIPO DE CUIDADOS PALIATIVOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL**

R. Domínguez Álvarez<sup>1</sup>, J. Boceta Osuna<sup>1</sup>, F. Martínez Peñalver<sup>2</sup>, I. Gómez Vasco<sup>1</sup>, J. Royo Aguado<sup>1</sup>, Aguayo Canela<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen Macarena. Sevilla

<sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. USP Hospital de Marbella. Marbella (Málaga)

**V-08 ESTUDIO DESCRIPTIVO: INDICE DE COMORBILIDAD DE CHARLSON Y PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS EN UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN DE ESPECIALIDADES MÉDICAS**

B. Gutiérrez Gutiérrez, C. Rivera Rubio, J. Sojo Dorado, L. Martínez Martínez, M. Chacón Cerrato, A. Blanco Becerra, J. Guerrero Egea, M. Aguayo Canela

Servicio de Medicina Interna "A"-UGC "ATICA". Complejo Hospitalario Virgen Macarena. Sevilla

**V-12 ANÁLISIS DE LOS CASOS DE PANCREATITIS AGUDA INGRESADOS EN UN AÑO EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA**

M. Maíz Jiménez, M. Grana Costa, M. Barón Ramos, M. González Benítez, G. Jarava Rol, B. Escolano Fernández, G. Uribarri Sánchez, A. Ruiz Cantero

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

**V-14 ¿PODEMOS CALCULAR EL PRONÓSTICO VITAL EN ENFERMOS ONCOLÓGICOS EN FASE MUY AVANZADA?**

L. Fernández Rendón<sup>1</sup>, F. Rodríguez González<sup>1</sup>, J. Royo Aguado<sup>1</sup>, C. Rivero Rubio<sup>2</sup>, M. Rico Lucena<sup>2</sup>, A. Montilla Burgos<sup>2</sup>, B. Gutiérrez Gutiérrez<sup>2</sup>, M. Aguayo Canela<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Unidad de Cuidados Paliativos. Hospital San Lázaro. Sevilla

<sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna "A" - UGC "ATICA". Complejo Hospitalario Virgen Macarena. Sevilla

**V-15 EPIDEMIOLOGÍA DEL FRACASO RENAL AGUDO EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE UN HOSPITAL UNIVERSITARIO**

M. Menduiña Guillén<sup>1</sup>, P. Alaminos García<sup>2</sup>, D. Sánchez Rico<sup>1</sup>, J. Cantero Hinojosa<sup>1</sup>, F. González Díaz<sup>3</sup>, F. Pérez Blanco<sup>1</sup>, F. Miras Parra<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna <sup>2</sup>Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias (Sección UCI). Hospital Universitario San Cecilio. Granada

<sup>3</sup>Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias (Sección UCI). Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada

**V-16 PERFIL DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN MEDICINA INTERNA PROCEDENTES DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ANALIZADOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL**

A. Muñoz Claros<sup>1</sup>, C. Luque Amado<sup>1</sup>, P. Martínez López<sup>2</sup>, M. Maíz Jimenez<sup>1</sup>, A. Pérez Rivera<sup>1</sup>, I. Gallardo Romero<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital de la Serranía. Ronda (Málaga)

<sup>2</sup>Servicio de Medicina Intensiva. Complejo Hospitalario Virgen de la Victoria. Málaga

Viernes, 14 de mayo

16:00-17:00 horas. Salón Giralda V

**Moderadores:** **Dr. Ignacio J. Martín Suárez**  
Servicio de Medicina Interna  
Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva

**Dr. Julio Sánchez Román**  
Servicio de Medicina Interna  
Complejo Hospitalario Virgen del Rocío. Sevilla

**A-17 RELACIÓN ENTRE LOS NIVELES DE IL-6 A NIVEL PULMONAR EN PACIENTES CON NEUMOPATÍA INTERSTICIAL IDIOPÁTICA Y EL POLIMORFISMO -174 G/C DEL PROMOTOR DEL GEN DE LA IL6.**

M. Martínez Riquez<sup>1</sup>, B. Herrera Hueso<sup>1</sup>, I. Martín-Garrido<sup>1</sup>, V. Friaza Patiño<sup>2</sup>, R. Terán Redondo<sup>1</sup>, J. Martín Juan<sup>3</sup>, E. Rodríguez Becerra<sup>3</sup>, E. Calderón Sandubete<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>CIBER de Epidemiología y Salud Pública, <sup>3</sup>Unidad Médico-Quirúrgica de Enfermedades Respiratorias. Complejo Hospitalario Virgen del Rocío. Sevilla

**IF-01 USO DEL ÁCIDO MICOFENÓLICO EN EL TRATAMIENTO DE LAS MANIFESTACIONES NO RENALES DEL LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO**

L. Valiente de Santis, B. Sobrino Díaz, M. Ayala Gutiérrez, I. Portales Fernández, M. Camps García, E. de Ramón Garrido, R. Gómez Huelgas

Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Carlos Haya. Málaga

**IF-02 SÍNDROME DE EVANS REFRACTARIO AL TRATAMIENTO CON RITUXIMAB: ROMIPLOSTIM COMO ALTERNATIVA TERAPÉUTICA**

G. Mariscal Vázquez, J. González Nieto, M. Alcoucer Díaz, Y. Villalobos Carabante, E. Ortiz López, I. Martín Suárez

UGC Medicina Interna. Área Hospitalaria Juan Ramón Jiménez. Huelva

**IF-03 NEUMOPATÍA INTERSTICIAL SECUNDARIA A ENFERMEDADES AUTOINMUNES: TERAPIA COMBINADA CON MICOFENOLATO Y METOTREXATE**

J. González Nieto<sup>1</sup>, F. Gil Muñoz<sup>2</sup>, G. Mariscal Vázquez<sup>1</sup>, F. Muñoz Beamud<sup>1</sup>, E. Ortiz López<sup>1</sup>, I. Martín Suárez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>UGC Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Neumología. Área Hospitalaria Juan Ramón Jiménez. Huelva

**IF-04 TRATAMIENTO ANTIANDROGÉNICO Y ENFERMEDADES AUTOINMUNES: ¿UNA POSIBLE RELACIÓN CAUSA-EFECTO?**

I. Páez Rubio, S. Quattrino, E. Ortiz López, B. Pérez Muñoz, J. González Nieto, I. Martín Suárez

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

**IF-05 MANIFESTACIONES SISTÉMICAS EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON SÍNDROME DE SJOGREM 1º**

G. Cruz Caparrós<sup>1</sup>, F. Rivera Cívico<sup>1</sup>, J. Rubí Callejón<sup>2</sup>, M. Álvarez Moreno<sup>1</sup>

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



- T-02 MANIFESTACIONES TROMBÓTICAS Y HEMORRÁGICAS DEL SÍNDROME ANTICOAGULANTE LÚPICO - HIPOPROTROMBINEMIA**  
J. González Nieto, E. Ortiz López, G. Mariscal Vázquez, S. Quattrino, B. Pérez Muñoz, I. Martín Suárez  
UGC Medicina Interna. Área Hospitalaria Juan Ramón Jiménez. Huelva
- V-05 PROTOCOLO DE MANEJO MULTIDISCIPLINAR DE UVEÍTIS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL: UNA EXPERIENCIA DE DOS AÑOS**  
M. Benticuaga<sup>1</sup>, M. Mantrana Bermejo<sup>2</sup>, M. Álvarez Alcina<sup>1</sup>, C. Palmero Palmero<sup>1</sup>, J. Aznárez López<sup>2</sup>, E. Tena Sempere<sup>2</sup>, A. Fernández Moyano<sup>1</sup>, L. Castellón Torre<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Servicio de Medicina. <sup>2</sup>Servicio de Oftalmología. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos (Sevilla)
- V-07 EFICACIA DE RITUXIMAB EN MIOSITIS INFLAMATORIA IDIOPÁTICA DE CURSO REFRACTARIO ASOCIADA A SÍNDROMES OVERLAP**  
F. Muñoz Beamud<sup>1</sup>, B. Pérez Muñoz<sup>1</sup>, Y. Villalobos Carabante<sup>1</sup>, J. García Nieto<sup>1</sup>, I. Martín Suárez<sup>1</sup>, D. Isenberg<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Área Hospitalaria Juan Ramón Jiménez. Huelva  
<sup>2</sup>Centro de Reumatología. University College London Hospital. Londres (Reino Unido)
- V-10 VALORACIÓN DE UNA INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA EN UNA SERIE DE PACIENTES CON MIOSITIS INFLAMATORIA MEDIANTE EL ÍNDICE MITAX**  
F. Muñoz Beamud, B. Pérez Muñoz, J. García Nieto, Y. Villalobos Carabante, I. Martín Suárez, J. Rodríguez Carrasco  
Unidad de Enfermedades Autoinmunes. Unidad de Gestión Clínica. Hospital General Juan Ramón Jiménez. Huelva

**Viernes, 14 de mayo**

**16:00-17:00 horas. Salón Giralda VI**

**Moderadores:** **Dr. Javier Ampuero Ampuero**  
Servicio de Medicina Interna  
Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba

**Dr. Jose Luis Bianchi Llave**  
Servicio de Medicina Interna  
Hospital Punta de Europa. Algeciras (Cádiz)

- RV-01 ESTUDIO DEL GROSOR ÍNTIMA-MEDIA COMO MARCADOR DE ATEROCLEROSIS SUBCLÍNICA EN MUJERES CON ANTECEDENTE DE COMPLICACIÓN VASCULAR DEL EMBARAZO**  
I. Domínguez Fernández, M. Sánchez García, B. García Olid, Á. Blanco Molina  
UGC Medicina Interna. Hospital Reina Sofía. Córdoba
- RV-02 PREVALENCIA DE FACTORES DE RIESGO VASCULAR EN PACIENTES CON HIPERTENSION ARTERIAL**  
M. López Mesa, A. Clavo Sánchez, T. López Parra  
Servicio de Medicina Interna. Hospital Juan Grande. Jerez de la Frontera (Cádiz)

- RV-03 FIBRINOLISIS EN EL ICTUS UNA REALIDAD EN UN HOSPITAL COMARCAL. PROGRAMA TELEICTUS.**  
A. Ramos Guerrero<sup>1</sup>, J. Fernández Rivera<sup>1</sup>, M. Romero Rivero<sup>1</sup>, R. Espinosa<sup>1</sup>, C. Pereira<sup>1</sup>, A. Palomino<sup>2</sup>, D. Jimenez<sup>2</sup>, A. Fernández Moyano<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos (Sevilla)  
<sup>2</sup>Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Virgen del Rocío. Sevilla
- RV-04 EFECTO DE LA LDL AFÉRESIS EN LA FUNCIÓN ENDOTELIAL: RESULTADOS EN DOS CASOS DE HIPERCOLESTEROLEMIA FAMILIAR HETEROCIGOTA**  
L. Beltrán Romero, A. Vallejo Vaz, L. Gómez Morales, S. Rodríguez Suárez, O. Muñiz Grijalvo, R. Moreno Luna, S. García Morillo, J. Villar  
Unidad Clínico-Experimental sobre Riesgo Vascular. Servicio. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla
- RV-05 PREVALENCIA Y CONTROL DE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES DIABÉTICOS CON INGRESO POR SÍNDROME CORONARIO AGUDO: CASOS INCIDENTES VS PREVALENTES**  
V. Núñez Rodríguez, D. Urdiales Castillo, R. Quirós López, M. García de Lucas, L. Hidalgo Rojas, M. Martín Escalante, S. Domingo Gonzalez, J. García Alegría  
Servicio de Medicina Interna. Hospital Costa del Sol (1). Marbella (Málaga)
- RV-06 CONTROL DE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN LOS PACIENTES DIABÉTICOS ANTES Y DESPUÉS DE UN INGRESO POR SÍNDROME CORONARIO AGUDO: ESTUDIO DESCRIPTIVO**  
D. Urdiales Castillo, V. Núñez Rodríguez, R. Quirós López, S. Domingo Gonzalez, M. Martín Escalante, L. Hidalgo Rojas, M. García de Lucas, J. García Alegría  
Servicio de Medicina Interna. Hospital Costa del Sol (1). Marbella (Málaga)
- RV-07 CARACTERÍSTICAS DIFERENCIALES DE LA MONITORIZACIÓN AMBULATORIA DE PRESIÓN ARTERIAL EN PACIENTES DIABÉTICOS**  
I. Simón Prado, R. Quirós López, F. Poveda Gómez, M. Martín Escalante, S. Domingo González, M. García de Lucas, M. Corrales Dominguez, J. García Alegría  
Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Costa del Sol (1). Marbella (Málaga)
- RV-08 INTERVENCIÓN EDUCATIVA-CONSULTA DE RIESGO VASCULAR EN PACIENTES DIABÉTICOS**  
M. Villena Ruiz, L. Hidalgo Rojas, E. Rosa Camacho, R. Quirós López, L. Mérida Rodrigo, A. Aguilar-López, J. García Alegría  
Unidad de Medicina Interna. Área de Medicina. Hospital Costa del Sol (1). Marbella (Málaga)
- RV-09 RESPUESTA AL TRATAMIENTO CON DOXAZOSINA DE LIBERACIÓN RETARDADA EN HTA SECUNDARIA A SAOS**  
Z. Jiménez Ramírez<sup>1</sup>, J. Martínez González<sup>1</sup>, P. Gallardo Jiménez<sup>1</sup>, C. García Fernández<sup>1</sup>, M. Carrillo de Albornoz<sup>2</sup>, R. Gómez Huelgas<sup>1</sup>, P. Aranda Lara<sup>3</sup>  
<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>3</sup>Servicio de Nefrología. Complejo Hospitalario Carlos Haya. Málaga  
<sup>2</sup>Escuela de Medicina del Deporte. Hospital Virgen de la Victoria. Málaga
- RV-10 EVALUACIÓN DE LOS ICTUS ISQUÉMICOS EN PACIENTES QUE REALIZABAN TRATAMIENTO ANTIAGREGANTE CON ÁCIDO ACETILSALICÍLICO**  
F. Godoy Guerrero, M. Maíz Jiménez, M. González Benítez, A. Pérez Rivera, C. Luque Amado, A. Muñoz Claros, M. Barón Ramos, A. Ruiz Cantero  
Servicio de Medicina Interna. Hospital de la Serranía. Ronda (Málaga)



**RV-11 EL FIBRINÓGENO DERIVADO Y LA OBESIDAD ABDOMINAL**

J. Sojo Dorado, C. Peñas Espinar, J. Olmo Montes, M. Chacón Serrato, L. Martínez Martínez, A. Blanco Becerra, B. Gutiérrez Gutiérrez, F. Guerrero Igea  
Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Virgen Macarena. Sevilla

Sábado, 15 de mayo

09:00-10:00 horas. Salón Giralda III

**Moderadores: Dr. Rafael de la Rosa Morales**

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

**Dr. Ángel Domínguez Castellano**

Servicio de Medicina Interna  
Hospital Virgen Macarena. Sevilla

**A-02 ESTUDIO DESCRIPTIVO DE NEUTROPENIAS FEBRILES POR QUIMIOTERAPIA EN TRES HOSPITALES DE MÁLAGA**

J. Villar Jiménez, M. Blanco<sup>2</sup>, M. Grana Costa<sup>3</sup>, S. Fernández Sepulveda<sup>2</sup>, A. Ruiz Serrato<sup>1</sup>, M. Vallejo Herrera<sup>1</sup>, M. García Ordoñez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital de Antequera. Antequera (Málaga)

<sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Comarcal de la Axarquía. Vélez-Málaga (Málaga)

<sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital de la Serranía. Ronda (Málaga)

**A-06 ARTRITIS ESTERNOCLAVICULAR: UNA LOCALIZACIÓN POCO CONOCIDA DE LA ARTRITIS SÉPTICA**

J. Praena Segovia<sup>1</sup>, M. Martínez Risquez<sup>1</sup>, N. Espinosa Aguilera<sup>2</sup>, R. Álvarez Marín<sup>2</sup>, C. Hernández Quiles<sup>1</sup>, R. Luque Márquez<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna-Unidad Clínica de Atención Médica Integral, <sup>2</sup>Unidad de Gestión Clínica de Enfermedades Infecciosas. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla

**A-07 PILEFLEBITIS. SERIE DE 9 CASOS Y REVISIÓN DE LA LITERATURA**

M. García Gutiérrez<sup>1</sup>, S. Rodríguez Suarez<sup>1</sup>, R. Luque Marquez<sup>2</sup>, E. Sánchez Rivas<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Enfermedades Infecciosas. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla

**A-08 PNEUMOCYSTIS JIROVECCII Y RESISTENCIA A SULFAMIDAS EN RELACIÓN AL GEN DIHIDROPTEROATO SINTASA**

R. Terán Redondo<sup>1</sup>, I. Martín Garrido<sup>1</sup>, B. Herrera Hueso<sup>1</sup>, R. Morilla<sup>2</sup>, V. Friaza<sup>2</sup>, E. Campano<sup>2</sup>, M. Martínez Risquez<sup>1</sup>, C. De la Horra<sup>2</sup>

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

**A-11 OSTEOMIELITIS DEL PUBIS: NUESTRA EXPERIENCIA RECIENTE EN UNA RARA ENTIDAD**

R. Álvarez Marín<sup>1</sup>, Á. Araujo Míguez<sup>2</sup>, R. Luque Márquez<sup>1</sup>, J. Praena Segovia<sup>3</sup>, E. Sánchez Rivas<sup>1</sup>, N. Espinosa Aguilera<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Unidad Clínica de Enfermedades Infecciosas, <sup>2</sup>Servicio Aparato Digestivo, <sup>3</sup>Servicio Medicina Interna. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla

**A-15 ¿SON LOS FONENDOSCOPIOS UNA FUENTE POTENCIAL DE INFECCIÓN NOSOCOMIAL? ¿NOS LAVAMOS LAS MANOS COMO PRINCIPAL MEDIDA DE PREVENCIÓN?**

J. García Mata, M. Goyanes Galán, M. Herrán Nieto, I. Alcón, C. Morales Mateos  
Servicio de Medicina Interna. Hospital Juan Grande. Jerez de la Frontera (Cádiz)

**A-16 RELACIÓN ENTRE EL PATRÓN RADIOLÓGICO EN EL TACAR Y LA COLONIZACIÓN POR PNEUMOCYSTIS JIROVECCII EN PACIENTES CON FIBROSIS PULMONAR IDIOPÁTICA**

I. Martín-Garrido<sup>1</sup>, R. Terán Redondo<sup>1</sup>, M. Martínez Risquez<sup>1</sup>, R. Morilla<sup>2</sup>, B. Herrera Hueso<sup>1</sup>, E. Márquez Martín<sup>3</sup>, S. Gutiérrez Rivero<sup>1</sup>, N. Respaldiza Salas<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>CIBER de Epidemiología y Salud Pública, <sup>3</sup>Unidad Médico-Quirúrgica de Enfermedades Respiratorias. Complejo Hospitalario Virgen del Rocío. Sevilla

**A-18 DIAGNÓSTICO MOLECULAR Y DETECCIÓN PRECOZ DE RESISTENCIAS EN MUESTRAS RESPIRATORIAS BACILÍFERAS EN LA TUBERCULOSIS PULMONAR**

F. Díez García<sup>1</sup>, M. Martínez Lirio<sup>2</sup>, M. Martínez Cortés<sup>1</sup>, T. Cabezas Fernández<sup>3</sup>, P. Sánchez López<sup>1</sup>, W. Sánchez Yebra<sup>2</sup>, M. Esteban Moreno<sup>1</sup>, S. López Palmero<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Microbiología. Hospital Torrecárdenas. Almería

<sup>3</sup>Servicio de Microbiología. Hospital de Poniente. El Ejido (Almería)

**A-20 CONTROL DE LA TUBERCULOSIS EN EL DISTRITO ALJARAFE. EVALUACIÓN DE UNA ESTRATEGIA**

A. Mata Martín<sup>1</sup>, A. Luna Sánchez<sup>2</sup>, B. Romero Romero<sup>3</sup>, S. Expósito García<sup>4</sup>, A. Fernández Moyano<sup>1</sup>,

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Epidemiología, <sup>3</sup>Servicio de Neumología,

<sup>4</sup>Servicio de Medicina Preventiva. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos (Sevilla)

**V-03 ANÁLISIS DE 26 CASOS DE RABDOMIOLISIS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL DE JEREZ DE LA FRONTERA**

V. González Doce, S. Alcaraz García, J. Jiménez Arjona, S. Hueso Monge

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

Sábado, 15 de mayo

09:00-10:00 horas. Salón Giralda V

**Moderadores: Dra. Josefina Oliván Martínez**

Servicio de Medicina Interna  
Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla

**Dr. Juan Antonio Ortiz Minuesa**

Servicio de Medicina Interna II  
Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba

- O-01 MASA ÓSEA EN HOMBRES Y MUJERES CON FRACTURA DE CADERA**  
C. Escorial Moya<sup>1</sup>, M. Montoya García<sup>2</sup>, R. Fernández Ojeda<sup>1</sup>, M. Vázquez Gámez<sup>2</sup>, R. Moruno García<sup>2</sup>, R. Pérez Cano<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos (Sevilla)  
<sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Unidad Metabolismo Óseo. Hospital Virgen Macarena. Sevilla
- O-02 HOMBRES Y MUJERES CON FRACTURA DE CADERA: VITAMINA D, PTH Y HORMONAS SEXUALES**  
C. Escorial Moya<sup>1</sup>, M. Montoya García<sup>2</sup>, R. Fernández Ojeda<sup>1</sup>, M. Vázquez Gámez<sup>2</sup>, R. Moruno García<sup>2</sup>, R. Pérez Cano<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos (Sevilla)  
<sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Unidad Metabolismo Óseo. Hospital Virgen Macarena. Sevilla
- O-03 VALORACIÓN DE LOS NIVELES DE MASA ÓSEA EN MUJERES JÓVENES CON ANTECEDENTE MATERNO DE FRACTURA DEL EXTREMO DISTAL DEL RADIO**  
R. Fernández Ojeda<sup>1</sup>, R. Moruno<sup>2</sup>, C. Escorial Moya<sup>1</sup>, M. Miranda<sup>2</sup>, M. Montoya<sup>2</sup>, M. Vázquez<sup>2</sup>, R. Pérez Cano<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos (Sevilla)  
<sup>2</sup>Unidad de Osteoporosis. Complejo Hospitalario Virgen Macarena. Sevilla
- O-04 MUJERES CON FRACTURA DEL EXTREMO DISTAL DEL RADIO (EDR): PREVALENCIA DE OSTEOPOROSIS Y DE FRACTURAS POR FRAGILIDAD PREVIAS**  
R. Fernández Ojeda<sup>1</sup>, R. Moruno<sup>2</sup>, C. Escorial Moya<sup>1</sup>, M. Miranda<sup>2</sup>, M. Montoya<sup>2</sup>, M. Vázquez<sup>2</sup>, R. Pérez Cano<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos (Sevilla)  
<sup>2</sup>Unidad de Osteoporosis. Complejo Hospitalario Virgen Macarena. Sevilla
- O-05 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y TERAPÉUTICAS DE LOS PACIENTES QUE INGRESAN EN NUESTRO CENTRO CON FRACTURA DE CADERA**  
R. Fernández Ojeda, C. Escorial Moya, C. Conde Guzmán, Y. Marín Fernández, A. Mata Martín, M. Álvarez Alcina, J. Fernández Rivera, A. Fernández Moyano  
Servicio de Medicina Interna. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos (Sevilla)
- RV-12 MANEJO DEL ACCIDENTE ISQUÉMICO TRANSITORIO EN URGENCIAS: ADAPTACIÓN A LAS RECOMENDACIONES Y PUESTA EN MARCHA DE UN PROTOCOLO ESPECÍFICO**  
R. Quirós López<sup>1</sup>, M. Martín Escalante<sup>1</sup>, S. Domingo Gonzalez<sup>1</sup>, J. Agulló García<sup>2</sup>, P. Valdés Solís<sup>3</sup>, A. Jiménez Puente<sup>4</sup>, L. Mérida Rodrigo<sup>1</sup>, J. García Alegría<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Cuidados críticos y urgencias generales, <sup>3</sup>Servicio de Radiodiagnóstico, <sup>4</sup>Unidad de Evaluación. Hospital Costa del Sol. Marbella (Málaga)
- RV-13 CONTROL METABÓLICO EN UNA COHORTE DE PACIENTES DIABÉTICOS CON ENFERMEDAD ARTERIAL PERIFÉRICA DE MIEMBROS INFERIORES: ¿SE CUMPLEN OBJETIVOS TERAPÉUTICOS?**  
R. Domínguez Álvarez<sup>1</sup>, M. Rico Corral<sup>1</sup>, N. Jiménez Baquero<sup>1</sup>, M. Romero Correa<sup>1</sup>, F. Martínez Peñalver<sup>2</sup>, R. Pérez Cano<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen Macarena. Sevilla  
<sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. USP Hospital de Marbella. Marbella (Málaga)

- RV-14 ¿INFLUYE LA SEVERIDAD DEL SÍNDROME DE APNEA-HIPOPNEAS DEL SUEÑO EN EL PATRÓN DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL?**  
A. Pérez Rivera<sup>1</sup>, E. Soto Hurtado<sup>2</sup>, M. Grana Costa<sup>1</sup>, M. Maíz Jiménez<sup>1</sup>, F. Cabello Rueda<sup>2</sup>, M. González Benítez<sup>1</sup>, A. Lara Fernández<sup>1</sup>, A. Ruiz Cantero<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Neumología. Hospital de la Serranía. Ronda (Málaga)
- RV-15 ANÁLISIS DEL PATRÓN CIRCADIANO DE HTA EN PACIENTES CON SÍNDROME DE APNEA-HIPOPNEAS DEL SUEÑO E HIPERTENSIÓN**  
A. Pérez Rivera<sup>1</sup>, E. Soto Hurtado<sup>2</sup>, B. Escolano Fernández<sup>1</sup>, M. Maíz Jiménez<sup>1</sup>, F. Cabello Rueda<sup>2</sup>, M. González Benítez<sup>1</sup>, V. Díaz Morant<sup>1</sup>, A. Ruiz Cantero<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Neumología. Hospital de la Serranía. Ronda (Málaga)
- RV-17 NIVELES DE HDL-C EN PACIENTES CON ENFERMEDAD CAROTÍDEA ATEROSCLERÓTICA E ICTUS. ¿REALMENTE NOS IMPORTAN?**  
L. Castilla Guerra<sup>1</sup>, M. Fernández Moreno<sup>2</sup>, J. Álvarez Suero<sup>1</sup>, N. Vargas<sup>2</sup>, E. Carmona Nimo<sup>1</sup>, F. Pozuelo del Rosal<sup>1</sup>, A. Espino Montoro<sup>1</sup>, J. Marín Martín<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital de la Merced. Osuna (Sevilla)  
<sup>2</sup>Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Nuestra Señora de Valme. Sevilla
- T-01 ESTUDIOS DE HIPERCOAGULABILIDAD EN EL ÁREA HOSPITALARIA DE JEREZ: EXPERIENCIA DE 1 AÑO**  
S. Hueso Monge<sup>1</sup>, J. Hernández Castellet<sup>2</sup>, J. Jiménez Arjona<sup>1</sup>, R. Campos Álvarez<sup>2</sup>, V. González Doce<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Servicio Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Hematología. Hospital General de Jerez de la Frontera. Jerez de la Frontera (Cádiz)

Sábado, 15 de mayo

08:45-10:00 horas. Salón Giralda VI

**Moderadores:** Dr. Jose Luis Zambrana  
Servicio de Medicina Interna  
Hospital de Montilla. Montilla (Córdoba)

Dr. Fernando Garrachón Vallo  
Servicio de Medicina Interna (Subdirector médico)  
Hospital Virgen Macarena. Sevilla

- G-01 ANÁLISIS DE LOS MOTIVOS DE CONSULTA EN LA CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA INTERNA DE UN HOSPITAL COMARCAL**  
M. Barón Ramos, M. Maíz Jiménez, M. González Benítez, M. Grana Costa, A. Ruiz Cantero  
Servicio de Medicina Interna. Hospital de la Serranía. Ronda (Málaga)
- G-02 ANÁLISIS DEL PROTOCOLO DE EVALUACIÓN DE LA DISPEPSIA DESDE ATENCIÓN PRIMARIA EN EL ÁREA SANITARIA DEL ALJARAFE DE SEVILLA**  
J. Fernández Rivera<sup>1</sup>, A. Ramos Guerrero<sup>1</sup>, F. García Fernández<sup>2</sup>, C. Conde Guzmán<sup>1</sup>, R. Fernández Ojeda<sup>1</sup>, C. Escorial Moya<sup>1</sup>, Y. Marín Fernández<sup>1</sup>, A. Fernández Moyano<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Unidad de Digestivo. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos (Sevilla)



**G-03 FERROTERAPIA INTRAVENOSA: ANÁLISIS DESCRIPTIVO Y PROPUESTAS DE MEJORA EN EL USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS EN EL HOSPITAL DE DÍA**

R. Terán Redondo<sup>1</sup>, M. Martínez Rísquez<sup>1</sup>, J. Varela Aguilar<sup>2</sup>, I. Martín Garrido<sup>1</sup>, A. López Suárez<sup>1</sup>, M. Díaz Torres<sup>1</sup>, S. Romero Carmona<sup>3</sup>, J. López Chozas<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>CIBER Epidemiología y Salud Pública, <sup>3</sup>Enfermería UCAMI. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla

**G-05 CALIDAD DEL INFORME DE MORTALIDAD DE UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA. POSIBILIDADES DE MEJORA**

I. Márquez Gómez, L. Valiente de Santis, D. Narankiewicz, F. Salgado Ordóñez, B. Sobrino Díaz, Ayala Gutiérrez, R. Gómez Huelgas

Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Carlos Haya. Málaga

**G-06 EFICACIA DE UN PROGRAMA DE IMPLANTACIÓN DEL PROTOCOLO DE INSULINIZACIÓN DEL PACIENTE DIABÉTICO HOSPITALIZADO**

B. Gutiérrez Gutiérrez, M. Rico Lucena, A. Montilla Burgos, L. Martínez Martínez, A. Blanco Becerra, J. Bravo-Ferrer Acosta, J. Reveriego Blanes, M. Aguayo Canela

Servicio de Medicina Interna "A" - UGC "ATICA". Complejo Hospitalario Virgen Macarena. Sevilla

**G-07 ¿APLICAMOS CORRECTAMENTE LAS RECOMENDACIONES DE LA GUIA PRETEMED EN LA PREVENCIÓN DE LA ETEV?**

A. Montilla Burgos, M. Rico Lucena, A. Blanco Becerra, M. Chacón Cerrato, M. Rey Rodríguez, J. Bravo-Ferrer Acosta, B. Gutiérrez Gutiérrez, M. Aguayo Canela

Servicio de Medicina Interna "A" - UGC "ATICA". Complejo Hospitalario Virgen Macarena. Sevilla

**G-09 ACTIVIDAD DEL INTERNISTA CONSULTOR EN UN HOSPITAL COMARCAL: PLANTAS QUIRÚRGICAS Y URGENCIAS**

B. Escolano Fernández, M. González Benítez, M. Grana Costa, M. Maíz Jiménez, M. Barón Ramos, G. Uribarri Sánchez, M. Godoy Guerrero, A. Ruiz Cantero

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

**G-10 IMPACTO DEL ALTA DIFERIDA POR RAZONES NO MÉDICAS EN LOS PACIENTES INGRESADOS EN EL ÁREA DE MEDICINA INTERNA DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL**

D. Mendoza Giraldo, A. Navarro Rodríguez, A. Sánchez Quijano, R. Asencio Marchante, M. García Gutiérrez, E. Lissen Otero

Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla

**G-11 RESULTADOS EN HOSPITALIZACIÓN Y EN CONSULTAS DE UN PROGRAMA DE CONTINUIDAD ASISTENCIAL ENTRE EL DISTRITO Y EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DEL ALJARAFE**

M. Benticuaga Martínez, A. Fernández Moyano, M. Álvarez Alcina, I. Vallejo Maroto, C. Palmero Palmero, R. Fernández Ojeda, C. Escorial Moya, M. Gómez Hernández

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

**T-03 PROFILAXIS DE LA ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA. ADECUACIÓN DE LA DOSIS PROFILÁCTICA SEGÚN LA GUÍA PRETEMED VIGENTE**

P. Alaminos García<sup>1</sup>, M. Menduiña Guillén<sup>2</sup>, J. Cantero Hinojosa<sup>2</sup>, D. Sánchez Rico<sup>2</sup>, F. Pérez Blanco<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias (Sección UCI). Complejo Hospitalario Virgen de las Nieves. Granada

<sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario San Cecilio. Granada

**V-01 ACTIVIDAD ASISTENCIAL Y PROCEDIMIENTOS ENFERMEROS EN UN HOSPITAL DE DÍA MÉDICO DE UN HOSPITAL COMARCAL**

A. Vera Carmona, C. Saavedra Sierra, F. Cabello Romero, D. Peláez Cerón, M. Cañero Torres, M. García Ordóñez

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

**V-04 VALOR PREDICTIVO DEL REGISTRO DE VALORACIÓN INICIAL SOBRE LOS PROBLEMAS DE SALUD DE NUESTROS PACIENTES**

J. Méndez Moreno, M. Díaz Benavente, R. García Guerrero, A. Valdera García, S. Martín Matute, E. Valero Aliaga, M. Fernández Lora

UCAMI. Complejo Hospitalario Virgen del Rocío. Sevilla

**V-09 IMPACTO DE LA HOSPITALIZACIÓN PROLONGADA EN UN DEPARTAMENTO DE MEDICINA INTERNA**

R. Bagina, C. Baeta

Servicio de Medicina Interna. HDJMG - ULSNA/EPE. Portalegre (Portugal)

**V-13 CALIDAD EN EL GRADO DE INFORMACIÓN DEL PACIENTE HOSPITALIZADO: ¿NOS CONOCEN NUESTROS PACIENTES?**

B. Escolano Fernández, M. Maíz Jiménez, L. Serrano López, G. Jarava Rol, G. Uribarri Sánchez, M. Godoy Guerrero, V. Díaz Morant, A. Ruiz Cantero

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



## COMUNICACIONES

## Enfermedades Infecciosas (A)

<b>A-01</b>	CARACTERIZACIÓN DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE GRIPE A ATENDIDOS EN UN HOSPITAL COMARCAL .....	34
<b>A-02</b>	ESTUDIO DESCRIPTIVO DE NEUTROPENIAS FEBRILES POR QUIMIOTERAPIA EN TRES HOSPITALES DE MÁLAGA .....	35
<b>A-03</b>	ANÁLISIS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DE LOS CASOS DE NEUMONÍA DE ADQUISICIÓN COMUNITARIA INGRESADOS EN UN HOSPITAL COMARCAL DURANTE EL PERIODO DE PANDEMIA DE GRIPE A .....	36
<b>A-04</b>	CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS DE UNA SERIE DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE GRIPE A EN UN HOSPITAL GENERAL .....	37
<b>A-05</b>	PREDICTORES DE MORTALIDAD EN PACIENTES INGRESADOS POR NEUMONÍA COMUNITARIA EN UN HOSPITAL COMARCAL .....	38
<b>A-06</b>	ARTRITIS ESTERNOCLAVICULAR: UNA LOCALIZACIÓN POCO CONOCIDA DE LA ARTRITIS SÉPTICA .....	39
<b>A-07</b>	PILEFLEBITIS. SERIE DE 9 CASOS Y REVISIÓN DE LA LITERATURA .....	40
<b>A-08</b>	PNEUMOCYSTIS JIROVECCII Y RESISTENCIA A SULFAMIDAS EN RELACIÓN AL GEN DIHIDROPTEROATO SINTASA .....	41
<b>A-09</b>	ADECUACIÓN A UN PROTOCOLO DE NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD: ¿PEDIMOS LO QUE NECESITAMOS? .....	42
<b>A-10</b>	COMORBILIDAD, CRITERIOS DE INGRESO Y TRATAMIENTO EN UNA SERIE DE NEUMONÍAS ADQUIRIDAS EN LA COMUNIDAD: ADECUACIÓN A UN PROTOCOLO .....	43
<b>A-11</b>	OSTEOMIELITIS DEL PUBIS: NUESTRA EXPERIENCIA RECIENTE EN UNA RARA ENTIDAD .....	44
<b>A-12</b>	RESULTADOS DE LAS PRUEBAS COMPLEMENTARIAS EN PACIENTES CON NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD .....	45
<b>A-13</b>	NEUMONÍAS DE LA COMUNIDAD INGRESADAS EN UN HOSPITAL GENERAL DURANTE EL ACMÉ DEL PERIODO PANDÉMICO DE GRIPE A/H1N1V .....	46
<b>A-14</b>	CARACTERÍSTICAS DIFERENCIALES ENTRE PACIENTES HOSPITALIZADOS POR SOSPECHA DE GRIPE A NO CONFIRMADA Y PACIENTES CON CONFIRMACIÓN MICROBIOLÓGICA EN UN HOSPITAL GENERAL .....	47
<b>A-15</b>	¿SON LOS FONDOSCOPIOS UNA FUENTE POTENCIAL DE INFECCIÓN NOSOCOMIAL? ¿NOS LAVAMOS LAS MANOS COMO PRINCIPAL MEDIDA DE PREVENCIÓN? .....	48
<b>A-16</b>	RELACIÓN ENTRE EL PATRÓN RADIOLÓGICO EN EL TACAR Y LA COLONIZACIÓN POR PNEUMOCYSTIS JIROVECCII EN PACIENTES CON FIBROSIS PULMONAR IDIOPÁTICA .....	49
<b>A-17</b>	RELACIÓN ENTRE LOS NIVELES DE IL-6 A NIVEL PULMONAR EN PACIENTES CON NEUMOPATÍA INTERSTICIAL IDIOPÁTICA Y EL POLIMORFISMO -174 G/C DEL PROMOTOR DEL GEN DE LA IL6 .....	50
<b>A-18</b>	DIAGNÓSTICO MOLECULAR Y DETECCIÓN PRECOZ DE RESISTENCIAS EN MUESTRAS RESPIRATORIAS BACILÍFERAS EN LA TUBERCULOSIS PULMONAR .....	51
<b>A-19</b>	VALIDACIÓN DE UN PROTOCOLO DE ACTUACIÓN FRENTE A NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD .....	52
<b>A-20</b>	CONTROL DE LA TUBERCULOSIS EN EL DISTRITO ALJARAFE. EVALUACIÓN DE UNA ESTRATEGIA .....	53

## Paciente Pluripatológico/ Edad Avanzada (EA)

<b>EA-01</b>	ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LA POBLACIÓN CON CRITERIOS DE TERMINALIDAD ATENDIDOS EN UN HOSPITAL COMARCAL SIN UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS .....	54
--------------	---	----

# Libro de comunicaciones

<b>EA-02</b>	MANEJO DE PACIENTES CON CRITERIOS DE TERMINALIDAD EN UN HOSPITAL SIN UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS .....	55
<b>EA-03</b>	ESTUDIO CASOS CONTROLES SOBRE EL DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: "RIESGO DE CAÍDAS" EN PERSONAS INSTITUCIONALIZADAS .....	56
<b>EA-04</b>	CARACTERÍSTICAS DE PACIENTES ANCIANOS POLIMEDICADOS HOSPITALIZADOS EN MEDICINA INTERNA .....	57
<b>EA-05</b>	VALIDACIÓN DEL NUEVO ÍNDICE PRONÓSTICO PROFUND PARA POBLACIONES DE PACIENTES PURIPATOLÓGICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA .....	58
<b>EA-06</b>	DERIVACIÓN Y VALIDACIÓN DE UN NUEVO MODELO PRONÓSTICO PARA PACIENTES PURIPATOLÓGICOS: ÍNDICE PROFUND .....	59
<b>EA-07</b>	DETERIORO FUNCIONAL EVOLUTIVO DE PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS. RESULTADOS A UN AÑO DE SEGUIMIENTO DEL PROYECTO PROFUND .....	60
<b>EA-08</b>	FACTORES ASOCIADOS A LAS NECESIDADES DE HOSPITALIZACIÓN DURANTE UN AÑO DE SEGUIMIENTO DE PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS .....	61
<b>EA-09</b>	EFFECTO DEL TRATAMIENTO NO BRONCODILATADOR SOBRE LA SUPERVIVENCIA EN PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA .....	62
<b>EA-10</b>	EFFECTO DE LA ANEMIA Y EL DETERIORO DE LA FUNCION RENAL EN PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA .....	63
<b>EA-11</b>	¿ES POSIBLE LA ESTIMULACIÓN COGNITIVA AMBULATORIA EN UN ÁREA RURAL?: EXPERIENCIA DESDE EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DE UN HOSPITAL COMARCAL .....	64

**Gestión Clínica (G)**

<b>G-01</b>	ANÁLISIS DE LOS MOTIVOS DE CONSULTA EN LA CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA INTERNA DE UN HOSPITAL COMARCAL .....	65
<b>G-02</b>	ANÁLISIS DEL PROTOCOLO DE EVALUACIÓN DE LA DISPEPSIA DESDE ATENCIÓN PRIMARIA EN EL ÁREA SANITARIA DEL ALJARAFE DE SEVILLA .....	66
<b>G-03</b>	FERROTERRAPIA INTRAVENOSA: ANÁLISIS DESCRIPTIVO Y PROPUESTAS DE MEJORA EN EL USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS EN EL HOSPITAL DE DÍA .....	67
<b>G-04</b>	¿DAMOS IMPORTANCIA A LA REVISIÓN DE LAS TRANSCRIPCIONES PREVIAMENTE A LA ADMINISTRACIÓN DE TRATAMIENTOS? .....	68
<b>G-05</b>	CALIDAD DEL INFORME DE MORTALIDAD DE UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA. POSIBILIDADES DE MEJORA .....	69
<b>G-06</b>	EFICACIA DE UN PROGRAMA DE IMPLANTACIÓN DEL PROTOCOLO DE INSULINIZACIÓN DEL PACIENTE DIABÉTICO HOSPITALIZADO .....	70
<b>G-07</b>	¿APLICAMOS CORRECTAMENTE LAS RECOMENDACIONES DE LA GUÍA PRETEMED EN LA PREVENCIÓN DE LA ETEV? .....	71
<b>G-08</b>	SISTEMA DE GESTIÓN DE NOTIFICACIONES COMO OPORTUNIDAD DE MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE .....	72
<b>G-09</b>	ACTIVIDAD DEL INTERNISTA CONSULTOR EN UN HOSPITAL COMARCAL: PLANTAS QUIRÚRGICAS Y URGENCIAS .....	73
<b>G-10</b>	IMPACTO DEL ALTA DIFERIDA POR RAZONES NO MÉDICAS EN LOS PACIENTES INGRESADOS EN EL ÁREA DE MEDICINA INTERNA DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL .....	74
<b>G-11</b>	RESULTADOS EN HOSPITALIZACIÓN Y EN CONSULTAS DE UN PROGRAMA DE CONTINUIDAD ASISTENCIAL ENTRE EL DISTRITO Y EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DEL ALJARAFE .....	75

**Insuficiencia Cardíaca (IC)**

<b>IC-01</b>	NIVELES CIRCULANTES DE CITOCINAS Y SU RELACIÓN CON LA POSIBLE RESISTENCIA A ERITROPOYETINA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA .....	76
<b>IC-02</b>	CONTROL LIPÍDICO EN EL SEGUIMIENTO EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA DE CAUSA ISQUÉMICA .....	77
<b>IC-03</b>	INSUFICIENCIA CARDÍACA Y GÉNERO. DESCRIPCIÓN DE UNA COHORTE. PRESENTACIÓN CLÍNICA .....	78
<b>IC-04</b>	INSUFICIENCIA CARDÍACA Y GÉNERO. MANEJO DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO .....	79
<b>IC-05</b>	¿ES POSIBLE CONOCER EL PRONÓSTICO DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA DESDE EL INGRESO? RESULTADOS PRELIMINARES DEL ESTUDIO MULTICÉNTRICO PREDICE (PREDICCIÓN DESENLACES INSUFICIENCIA CARDIACA EN ESPAÑA) .....	80
<b>IC-06</b>	INSUFICIENCIA CARDÍACA CON BAJA FRACCIÓN DE EYECCIÓN EN UN HOSPITAL COMARCAL .....	81
<b>IC-07</b>	PREDICTORES DE MORTALIDAD EN OCTOGENARIOS CON INSUFICIENCIA CARDÍACA Y FRACCIÓN DE EYECCIÓN PRESERVADA .....	82
<b>IC-08</b>	CONTROL DE PRESIÓN ARTERIAL POR MONITORIZACIÓN AMBULATORIA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA EN UNA CONSULTA DE MEDICINA INTERNA .....	83
<b>IC-09</b>	PREVALENCIA DE ANEMIA Y FACTORES DE RIESGO EN PACIENTES HOSPITALIZADOS CON INSUFICIENCIA CARDÍACA A LO LARGO DE UN AÑO .....	84

**Inflamación/ Enfermedades Autoinmunes (IF)**

<b>IF-01</b>	USO DEL ÁCIDO MICOFENÓLICO EN EL TRATAMIENTO DE LAS MANIFESTACIONES NO RENALES DEL LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO .....	85
<b>IF-02</b>	SÍNDROME DE EVANS REFRACTARIO AL TRATAMIENTO CON RITUXIMAB: ROMIPLOSTIM COMO ALTERNATIVA TERAPÉUTICA .....	86
<b>IF-03</b>	NEUMOPATÍA INTERSTICIAL SECUNDARIA A ENFERMEDADES AUTOINMUNES: TERAPIA COMBINADA CON MICOFENOLATO Y METOTREXATE .....	87
<b>IF-04</b>	TRATAMIENTO ANTIANDROGÉNICO Y ENFERMEDADES AUTOINMUNES: ¿UNA POSIBLE RELACIÓN CAUSA-EFFECTO? .....	88
<b>IF-05</b>	MANIFESTACIONES SISTÉMICAS EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON SÍNDROME DE SJOGREM 1º .....	89

**Osteoporosis (O)**

<b>O-01</b>	MASA ÓSEA EN HOMBRES Y MUJERES CON FRACTURA DE CADERA .....	90
<b>O-02</b>	HOMBRES Y MUJERES CON FRACTURA DE CADERA: VITAMINA D, PTH Y HORMONAS SEXUALES .....	91
<b>O-03</b>	VALORACIÓN DE LOS NIVELES DE MASA ÓSEA EN MUJERES JÓVENES CON ANTECEDENTE MATERNO DE FRACTURA DEL EXTREMO DISTAL DEL RADIO .....	92
<b>O-04</b>	MUJERES CON FRACTURA DEL EXTREMO DISTAL DEL RADIO (EDR): PREVALENCIA DE OSTEOPOROSIS Y DE FRACTURAS POR FRAGILIDAD PREVIAS .....	93
<b>O-05</b>	CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y TERAPÉUTICAS DE LOS PACIENTES QUE INGRESAN EN NUESTRO CENTRO CON FRACTURA DE CADERA .....	94

**Riesgo Vascular (RV)**

<b>RV-01</b>	ESTUDIO DEL GROSOR ÍNTIMA-MEDIA COMO MARCADOR DE ATEROCLEROSIS SUBCLÍNICA EN MUJERES CON ANTECEDENTE DE COMPLICACIÓN VASCULAR DEL EMBARAZO .....	95
<b>RV-02</b>	PREVALENCIA DE FACTORES DE RIESGO VASCULAR EN PACIENTES CON HIPERTENSION ARTERIAL .....	96
<b>RV-03</b>	FIBRINOLISIS EN EL ICTUS UNA REALIDAD EN UN HOSPITAL COMARCAL. PROGRAMA TELEICTUS .....	97
<b>RV-04</b>	EFFECTO DE LA LDL AFÉRESIS EN LA FUNCIÓN ENDOTELIAL: RESULTADOS EN DOS CASOS DE HIPERCOLESTEROLEMIA FAMILIAR HETEROCIGOTA .....	98
<b>RV-05</b>	PREVALENCIA Y CONTROL DE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES DIABÉTICOS CON INGRESO POR SÍNDROME CORONARIO AGUDO: CASOS INCIDENTES VS PREVALENTES .....	99
<b>RV-06</b>	CONTROL DE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN LOS PACIENTES DIABÉTICOS ANTES Y DESPUÉS DE UN INGRESO POR SÍNDROME CORONARIO AGUDO: ESTUDIO DESCRIPTIVO .....	100
<b>RV-07</b>	CARACTERÍSTICAS DIFERENCIALES DE LA MONITORIZACIÓN AMBULATORIA DE PRESIÓN ARTERIAL EN PACIENTES DIABÉTICOS .....	101
<b>RV-08</b>	INTERVENCIÓN EDUCATIVA-CONSULTA DE RIESGO VASCULAR EN PACIENTES DIABÉTICOS .....	102
<b>RV-09</b>	RESPUESTA AL TRATAMIENTO CON DOXAZOSINA DE LIBERACIÓN RETARDADA EN HTA SECUNDARIA A SAOS .....	103
<b>RV-10</b>	EVALUACIÓN DE LOS ICTUS ISQUÉMICOS EN PACIENTES QUE REALIZABAN TRATAMIENTO ANTIAGREGANTE CON ÁCIDO ACETILSALICÍLICO .....	104
<b>RV-11</b>	EL FIBRINÓGENO DERIVADO Y LA OBESIDAD ABDOMINAL .....	105
<b>RV-12</b>	MANEJO DEL ACCIDENTE ISQUÉMICO TRANSITORIO EN URGENCIAS: ADAPTACIÓN A LAS RECOMENDACIONES Y PUESTA EN MARCHA DE UN PROTOCOLO ESPECÍFICO .....	106
<b>RV-13</b>	CONTROL METABÓLICO EN UNA COHORTE DE PACIENTES DIABÉTICOS CON ENFERMEDAD ARTERIAL PERIFÉRICA DE MIEMBROS INFERIORES: ¿SE CUMPLEN OBJETIVOS TERAPÉUTICOS? .....	107
<b>RV-14</b>	¿INFLUYE LA SEVERIDAD DEL SÍNDROME DE APNEA-HIPOPNEAS DEL SUEÑO EN EL PATRÓN DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL? .....	108
<b>RV-15</b>	ANÁLISIS DEL PATRÓN CIRCADIANO DE HTA EN PACIENTES CON SÍNDROME DE APNEA-HIPOPNEAS DEL SUEÑO E HIPERTENSIÓN .....	109
<b>RV-16</b>	PERFIL DEL PACIENTE ANCIANO INGRESADO EN UCI POR CARDIOPATÍA ISQUÉMICA EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO .....	110
<b>RV-17</b>	NIVELES DE HDL-C EN PACIENTES CON ENFERMEDAD CAROTIDEA ATROSCLERÓTICA E ICTUS. ¿REALMENTE NOS IMPORTAN? .....	111

**Enfermedad Tromboembólica (T)**

<b>T-01</b>	ESTUDIOS DE HIPERCOAGULABILIDAD EN EL ÁREA HOSPITALARIA DE JEREZ: EXPERIENCIA DE 1 AÑO .....	112
<b>T-02</b>	MANIFESTACIONES TROMBÓTICAS Y HEMORRÁGICAS DEL SÍNDROME ANTICOAGULANTE LÚPICO - HIPOPROTROMBINEMIA .....	113
<b>T-03</b>	PROFILAXIS DE LA ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA. ADECUACIÓN DE LA DOSIS PROFILÁCTICA SEGÚN LA GUÍA PRETEMED VIGENTE .....	114

**Varios (V)**

<b>V-01</b>	ACTIVIDAD ASISTENCIAL Y PROCEDIMIENTOS ENFERMEROS EN UN HOSPITAL DE DÍA MÉDICO DE UN HOSPITAL COMARCAL .....	115
<b>V-02</b>	CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y PRONÓSTICAS SEGÚN FORMAS ETIOLÓGICAS DE LAS PANCREATITIS AGUDA .....	116
<b>V-03</b>	ANÁLISIS DE 26 CASOS DE RABDOMIOLISIS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL DE JEREZ DE LA FRONTERA .....	117
<b>V-04</b>	VALOR PREDICTIVO DEL REGISTRO DE VALORACIÓN INICIAL SOBRE LOS PROBLEMAS DE SALUD DE NUESTROS PACIENTES .....	118
<b>V-05</b>	PROTOCOLO DE MANEJO MULTIDISCIPLINAR DE UVEÍTIS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL: UNA EXPERIENCIA DE DOS AÑOS .....	119
<b>V-06</b>	CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS VALORADOS POR UN EQUIPO DE CUIDADOS PALIATIVOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL .....	120
<b>V-07</b>	EFICACIA DE RITUXIMAB EN MIOSITIS INFLAMATORIA IDIOPÁTICA DE CURSO REFRACTARIO ASOCIADA A SÍNDROMES OVERLAP .....	121
<b>V-08</b>	ESTUDIO DESCRIPTIVO: ÍNDICE DE COMORBILIDAD DE CHARLSON Y PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS EN UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN DE ESPECIALIDADES MÉDICAS .....	122
<b>V-09</b>	IMPACTO DE LA HOSPITALIZACIÓN PROLONGADA EN UN DEPARTAMENTO DE MEDICINA INTERNA .....	123
<b>V-10</b>	VALORACIÓN DE UNA INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA EN UNA SERIE DE PACIENTES CON MIOSITIS INFLAMATORIA MEDIANTE EL ÍNDICE MITAX .....	124
<b>V-11</b>	UNA PROPUESTA PARA UN USO SEGURO DE LA SEDACIÓN PALIATIVA EN UN HOSPITAL GENERAL .....	125
<b>V-12</b>	ANÁLISIS DE LOS CASOS DE PANCREATITIS AGUDA INGRESADOS EN UN AÑO EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA .....	126
<b>V-13</b>	CALIDAD EN EL GRADO DE INFORMACIÓN DEL PACIENTE HOSPITALIZADO: ¿NOS CONOCEN NUESTROS PACIENTES? .....	127
<b>V-14</b>	¿PODEMOS CALCULAR EL PRONÓSTICO VITAL EN ENFERMOS ONCOLÓGICOS EN FASE MUY AVANZADA? .....	128
<b>V-15</b>	EPIDEMIOLOGÍA DEL FRACASO RENAL AGUDO EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE UN HOSPITAL UNIVERSITARIO .....	129
<b>V-16</b>	PERFIL DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN MEDICINA INTERNA PROCEDENTES DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ANALIZADOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL .....	130



**Enfermedades Infecciosas (A)****A-01 CARACTERIZACIÓN DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE GRIPE A ATENDIDOS EN UN HOSPITAL COMARCAL**

D. García Guzmán, R. de la Rosa Morales, J. Delgado de la Cuesta  
Servicio de Medicina. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos (Sevilla)

**OBJETIVOS**

Estudio descriptivo de los mayores de 14 años con PCR positiva para virus de la gripe H1N1 y de la mortalidad atribuida a esta infección en nuestro hospital desde el 11-6-2009 al 31-1-2010.

**MATERIAL Y MÉTODO**

Estudio retrospectivo de las historias clínicas de los pacientes con PCR positiva para virus H1N1. Durante el periodo de estudio fueron atendidas 62.708 personas en el Servicio de Urgencias de nuestro centro. Realizamos PCR para virus H1N1 de exudado nasal y orofaríngeo siguiendo las recomendaciones vigentes en cada momento de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía a 304 pacientes (0,5%). De ellas 46 (15%) fueron positivas.

**RESULTADOS**

La caracterización demográfica de la población se muestra en tabla 1. Treinta (65,21%) de los diagnósticos se realizaron en el mes de noviembre de 2009. Fallecieron 6 (13%) del total de los que tenía PCR positiva H1N1

**DISCUSIÓN**

Teniendo en cuenta que la mayoría de los pacientes infectados por gripe A durante la epidemia no recibieron asistencia sanitaria o que esta fue dispensada en su centro de salud y que de los atendidos en urgencias del hospital fueron diagnosticado de gripe en su mayor parte en base a criterios clínicos sin realización de determinación de PCR, la población que hemos analizado es solo una minoría, posiblemente aquella mas grave o con mas riesgo a priori de presentar complicaciones. Considerando esa premisa, hemos encontrado un bajo número de fallecidos. Aunque el número de fallecidos es muy reducido para obtener datos concluyentes, no hemos encontrado un peor pronostico en pacientes con algún factor de riesgo de los analizados.

**CONCLUSIONES**

La mortalidad atribuida al virus de la gripe A H1N1 en nuestra área fue muy baja y los factores de riesgo no predispusieron a un peor desenlace en la población analizada

Tabla 1: Características demográficas

	Total (n=46)	Exitus (n=6)	P
Edad [Mdiana (DS)]	46.5 (20.6)	58.5 (24.1)	NS
Varones [n (%)]	23 (50)	4 (66.7)	NS
Fact Riesgo [n (%)]	23 (50)	3 (50)	NS
Antiviral [n (%)]	43 (93.5)	6 (100)	NS
Neumonía [n (%)]	20 (43.5)	5 (83.3)	0.037
Ingreso [n (%)]	32 (69.6)	5 (83.3)	NS
UCI [n (%)]	8 (17.4)	3 (50)	0.025

**A-02 ESTUDIO DESCRIPTIVO DE NEUTROPENIAS FEBRILES POR QUIMIOTERAPIA EN TRES HOSPITALES DE MÁLAGA**

J. Villar Jiménez<sup>1</sup>, M. Blanco<sup>2</sup>, M. Grana Costa<sup>3</sup>, S. Fernández Sepulveda<sup>2</sup>, A. Ruiz Serrato<sup>1</sup>, M. Vallejo Herrera<sup>1</sup>, M. García Ordoñez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital de Antequera. Antequera (Málaga)

<sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Comarcal de la Axarquía. Vélez-Málaga (Málaga)

<sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital de la Serranía. Ronda (Málaga)

**OBJETIVOS**

Analizar las características epidemiológicas, clínicas, microbiológicas y el manejo de pacientes ingresados en hospitales comarcales de la provincia de Málaga con neutropenia febril por quimioterapia.

**MATERIAL Y MÉTODO**

Se realiza un estudio descriptivo-retrospectivo extraído del CMBD entre los años 2007 y 2008, de aquellos pacientes con neutropenia febril por quimioterapia de 3 hospitales comarcales de la provincia de Málaga.

**RESULTADOS**

Se analizó un total de 92 episodios de neutropenia febril por quimioterapia. El 52% de los pacientes fueron hombres, la edad media fue de 61.35+/-14 años y el 75% tenía un tumor sólido, siendo los más frecuentes mama y pulmón (31,2% en ambos). Entre los tumores hematológicos, el más frecuente fue el linfoma. La estancia media en el hospital fue de 7.5 +/- 5 días. Presentaban comorbilidades asociadas el 40% de los pacientes. En 51 pacientes (55.4%) la neutropenia fue severa (menor de 200 neutrófilos) y severa en 20 (21,7%). Presentaron sepsis en la presentación clínica un 5,4%. No se encontró foco en el 35% de los casos y el foco infeccioso más frecuente fue el respiratorio en un 31,3% (el 27% fueron neumonías), seguido por mucositis en un 29.3% y la infección del tracto urinario en el 9.8%. De los 146 cultivos totales realizados, fueron positivos 22 (el 15%). De los 69 hemocultivos tan solo 7 fueron positivos (el 10.1%) y de los 56 urocultivos fueron positivos 8 (el 14.3%). Sin embargo los esputos fueron positivos en el 42,8% (en 3 de 7 realizados). Se aislaron 6 gram positivos (35%) y 9 gram negativos (53%) siendo E. Coli el más frecuente (8 de los 9 gram negativos). Los antibióticos empíricos más utilizados fueron ceftazidima + amikacina en el 44.6% de las veces, seguido por imipenem en el 23%. Vancomicina se utilizó de forma empírica en 6 ocasiones y se añadió en los días siguientes en otras 4. En el 89% de los episodios de utilizó factores estimulantes de colonias. La tasa de complicaciones fue del 14% y de exitus en el 6.5%, siempre relacionada con la neutropenia.

**DISCUSIÓN**

Se observa una escasa rentabilidad de los cultivos, al igual que están recogidas en otras series. En cuanto a los aislamientos microbiológicos, aunque escasos en nuestra serie, podemos ver un mayor aislamiento de gram negativos que de gram positivos, lo que nos puede mostrar un nuevo cambio de tendencia con una mayor proporción de gram negativos. El tratamiento antibiótico empírico usado se ajusta en un alto porcentaje a los indicados en las guías de práctica clínica, aunque el uso de factores estimulantes de colonias es muy alto y no siempre ajustado a dichas guías.

**CONCLUSIONES**

Se necesitan mayor número de pacientes para consolidar los datos encontrados en nuestro estudio.

### A-03 ANÁLISIS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DE LOS CASOS DE NEUMONÍA DE ADQUISICIÓN COMUNITARIA INGRESADOS EN UN HOSPITAL COMARCAL DURANTE EL PERIODO DE PANDEMIA DE GRIPE A

M. Gómez Hernández, R. de la Rosa Morales, J. Delgado de la Cuesta  
Servicio de Medicina. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos (Sevilla)

#### OBJETIVOS

Estudiar si las características, manejo y evolución de los pacientes ingresados por neumonía en un hospital comarcal se han visto modificadas por la pandemia de gripe A.

#### MATERIAL Y MÉTODO

Estudio retrospectivo, descriptivo y comparativo de todos los pacientes ingresados en nuestro hospital con diagnóstico de neumonía durante los periodos del 1/09/2006 al 31/01/2007 y del 1/09/2009 al 31/01/2010 (periodo de pandemia de gripe A). El análisis de las variables cuantitativas se realizó mediante la U de Mann-Whitney y para las cualitativas la prueba de Chi-cuadrado.

#### RESULTADOS

En el primer periodo ingresaron 2574 pacientes en el servicio de Medicina; de ellos, 98 (3.81%) con diagnóstico de neumonía. En el periodo de pandemia ingresaron 2329 pacientes, de los cuales 149 (6.4%) por neumonía; de ellos 19 (12.8%) tuvieron PCR positiva a virus de la gripe H1N1. Las características de ambas poblaciones y el análisis estadístico se muestran en Tabla 1. Al no encontrar diferencias estadísticamente significativas en el índice de severidad de CURB entre las dos poblaciones reanalizamos esta variable tras su categorización por la median ( $p=0.014$ )

#### DISCUSIÓN

Durante la pandemia de gripe A objetivamos un incremento en número de ingresos por neumonía, con un índices de severidad (FINE y CURB65) significativamente menores que en el primer periodo, aunque con similar mortalidad y rediva durante el primer mes. Sin embargo, a pesar de una mayor búsqueda, no conseguimos llegar a un diagnóstico etiológico en más del 50% de los casos estudiados. Tuvimos evidencia de gripe H1N1 en 12.8% de los pacientes ingresos por neumonía durante el periodo de pandemia.

#### CONCLUSIONES

El incremento de ingresos por neumonía durante la pandemia por gripe A no ha supuesto en nuestro centro un incremento en la mortalidad derivada de este proceso.

Tabla 1

	Periodo 1 (n=98)	Periodo 2 (n=149)	p
Varones [n (%)]	63 (64.3)	90 (60.4)	NS
Edad (Mdn [RIQ])	75 (67-84)	71 (50-81)	0.002
FINE (Mdn [RIQ])	4 (3-4)	3 (2-4)	<0.001
CURB65 Mdn[RIQ]	2 (1-3)	2 (1-3)	NS
EPOC [n (%)]	41 (41.8)	23 (15.4)	<0.001
Etiología [n (%)]	43 (43.9)	73 (49)	NS
Neumoc [n (%)]	35 (35.7)	38 (25.5)	0.058
Mortalidad [n (%)]	15 (15.3)	21 (14)	NS
Recidiva [n (%)]	6 (6.1)	8 (5.4)	NS

### A-04 CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS DE UNA SERIE DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE GRIPE A EN UN HOSPITAL GENERAL

M. Martínez Cortés, G. Parra García, M. Esteban Moreno, G. Gómiz Rodríguez,  
P. Sánchez López, G. López Lloret, L. Díez García  
Servicio de Medicina Interna. Hospital Torrecárdenas. Almería

#### OBJETIVOS

Estudiar la repercusión en el ámbito hospitalario de la pandemia de nueva gripe así como las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes y su evolución.

#### MATERIAL Y MÉTODO

Estudio observacional, prospectivo, de los pacientes ingresados en los servicios médicos de adultos de un hospital general, con diagnóstico de infección por virus de la gripe A (H1N1) nueva variante. El diagnóstico de gripe A se confirmó mediante técnica de PCR-tiempo real y se analizaron variables epidemiológicas, comorbilidades, características clínicas, tratamiento empleado y evolución. Los datos se analizaron los datos con el paquete estadístico SPSS 17.0.

#### RESULTADOS

Se diagnosticaron 58 casos de gripe A que ingresaron mayoritariamente en las Unidades de M. Interna (35 casos: 60%) y de Neumología (21 casos: 36%). Trece de ellos (22%) precisaron ingreso en la UCI. Los meses de mayor incidencia fueron noviembre (21 casos, 36%), diciembre (17 casos, 29%) y octubre (15 casos, 26%). Se registró una estancia media global de 12,9+4 días (36+9 días en los pacientes ingresados en la UCI y de 6,54+4 días en los restantes,  $p<0,001$ ). La edad media de los pacientes fue de 39+4 años, de los que el 50% fueron mujeres, el 16% de las cuales estaba embarazada. Las comorbilidades más frecuentes fueron las enfermedades respiratorias (asma bronquial; 35%, EPOC: 9% y SAOS: 5%), el tabaquismo (36%), la obesidad (26%), la patología cardiovascular (19%) y la inmunodepresión previa (19%). En 5 casos (8,6%) no se objetivaron comorbilidades previas. La semiología más frecuente fue fiebre (90%), tos (88%), disnea (42%), mialgias (40%) odinofagia (14%), rinorrea (12%) y síntomas gastrointestinales (11%). En 31 casos (53%) se objetivó una neumonía, con un patrón intersticial en el 54%. Todos los pacientes recibieron tratamiento con oseltamivir y el 86% tratamiento antibiótico. El tiempo medio desde el inicio de los síntomas al del oseltamivir fue de 4+0,7 días, con diferencias significativas entre los que no ingresaron en la UCI (3,6+0,8 días) respecto a los ingresados en esa Unidad (5,5+1,2 días),  $p<0,05$  y respecto a los que presentaron distrés respiratorio (6,75+1,5 días),  $p<0,05$ . La evolución fue favorable en el 95% de los pacientes, aunque el 20% presentaron complicaciones graves y se registraron un 5% de exitus (3 casos, uno de los cuales estaba previamente sano). Los factores asociados a mala evolución fueron: obesidad (un 33% de los obesos presentaron complicaciones frente a un 14% de los no obesos,  $p=0,09$ ), tabaquismo (23,8% de complicaciones, 16,2% los no fumadores,  $p=0,13$ ), enfermedades neurodegenerativas (33,3% frente a 18,2%), neoplasia (25% frente a 18%), inmunodepresión previa, presentando un 45,5% complicaciones frente a un 12,85 los no inmunodeprimidos ( $p<0,05$ ), y patología cardiovascular, con un porcentaje de complicaciones del 45% frente a un 21% entre aquellos que presentaban factores de riesgo vascular y un 7% de los que no tenían antecedentes cardiológicos.

#### CONCLUSIONES

Nuestros pacientes comparten las principales características epidemiológicas, clínicas y comorbilidades descritas en otros estudios. El retraso en el inicio del tratamiento antiviral ha podido influir en las complicaciones y el pronóstico de la enfermedad.



**A-05 PREDICTORES DE MORTALIDAD EN PACIENTES INGRESADOS POR NEUMONÍA COMUNITARIA EN UN HOSPITAL COMARCAL**

M. Gómez Hernández, R. de la Rosa Morales, C. Escorial Moya, J. Delgado de la Cuesta  
Servicio de Medicina. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos (Sevilla)

**OBJETIVOS**

Estudio de factores predictores de mortalidad en pacientes ingresados por neumonía de adquisición comunitaria.

**MATERIAL Y MÉTODO**

Realizamos un estudio descriptivo de las características basales de todos los pacientes ingresados en un hospital comarcal con diagnósticos de neumonía comunitaria (NC) en los periodos (1/09/2006-31/01/2007) y (1/09/2009-31/01/2010). El análisis de las variables cuantitativas se realizó mediante la U de Mann-Whitney y para las cualitativas la prueba de Chi-cuadrado. Las variables que alcanzaron significación estadística en el estudio univariado fueron incluidas en un modelo de análisis multivariado.

**RESULTADOS**

Durante el periodo analizado ingresaron en nuestro centro hospitalario 247 sujetos por NC, de los cuales fallecieron 36 (14.6%). Las características clínico-epidemiológicas de la población se muestran en la Tabla 1. Las tres variables incluidas en el modelo multivariado resultaron estadísticamente significativas [edad ( $p=0.031$ ), FINE ( $p=0.021$ ) y CURB 65 ( $p<0.001$ )]. El índice de gravedad CURB65 obtuvo mayor coeficiente beta (0.42)

**DISCUSIÓN**

La edad y los índices de severidad al ingreso (tanto FINE como CURB65) son predictores independientes de mortalidad por NC en nuestra población, comportándose el CURB65 como el predictor estadísticamente más potente.

**CONCLUSIONES**

La inclusión de la escala CURB65 es recomendable en la valoración inicial del paciente que ingresa por NC.

Tabla 1

	Total NC (n=247)	Fallecidos (n=36)	p
Edad [Mdn (RIQ)]	73 (59-83)	86 (73-89)	0,024
Sexo varón [n (%)]	153 (61.9)	20 (55.6)	NS
FINE [Mdn (RIQ)]	3 (2-4)	5 (4-5)	<0.001
CURB65 Mdn(RIQ)	2 (1-3)	4 (3-4)	<0.001
Etiología [n (%)]	116 (47)	20 (55.6)	NS
EPOC [n (%)]	64 (25)	10 (27.8)	NS

**A-06 ARTRITIS ESTERNOCLAVICULAR: UNA LOCALIZACIÓN POCO CONOCIDA DE LA ARTRITIS SÉPTICA**

J. Praena Segovia<sup>1</sup>, M. Martínez Risquez<sup>1</sup>, N. Espinosa Aguilera<sup>2</sup>, R. Álvarez Marín<sup>2</sup>,  
C. Hernández Quiles<sup>1</sup>, R. Luque Márquez<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna-Unidad Clínica de Atención Médica Integral, <sup>2</sup>Unidad de Gestión Clínica de Enfermedades Infecciosas. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla

**OBJETIVOS**

Conocer las características clínicas, epidemiológicas y etiológicas de la artritis esternoclavicular (AEC) séptica así como evaluar la rentabilidad de las pruebas diagnósticas, tratamiento y evolución de los pacientes hospitalizados.

**MATERIAL Y MÉTODO**

Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes adultos hospitalizados con el diagnóstico de AEC entre los años 1998 y 2010. Definición de caso: criterios de Newman modificado: 1. Aislamiento microbiológico en líquido sinovial (LS) de la AEC. 2. Cultivo positivo diferente a muestra del LS en el contexto de una articulación con signos inflamatorios sugestivos de origen séptico. 3. Clínica típica de artritis y LS con características purulentas con cultivos negativos tras inicio antibioterapia. 4. Estudio post-mortem. La identificación de los casos se realizó a través del CMBD. Se analizaron diferentes variables recogiendo datos epidemiológicos, clínicos, diagnósticos, etiológicos y terapéuticos.

**RESULTADOS**

Principales resultados: A) Epidemiológicos: 12 casos (9H/4M). Edad media 46.38 años (rango 15-78). Nueve pacientes presentaron alguna comorbilidad predisponente, uno de ellos refería microtraumatismo articular y en dos no se encontró ningún factor de riesgo. B) Clínica: Todos los casos presentaron dolor y tumefacción de la articulación esternoclavicular con limitación de la movilización del hombro ipsilateral. La AEC fue unilateral en todos los casos, derecha en 9 casos y dos cursaron con poliartritis. La fiebre apareció en 9 de los 12 casos. Ocho pacientes presentaron una complicación con formación de colección periarticular. Cinco casos presentaron osteomielitis. C) Diagnóstico: Pruebas de Imagen: Se realizó TAC a los 12 casos, a uno de ellos RM y a dos gammagrafías óseas. Rentabilidad del diagnóstico microbiológico: el cultivo del líquido obtenido mediante PAAF de la articulación fue positivo en 9 de 10 casos; cultivo de la pus del drenaje quirúrgico en 4 de 4; los hemocultivos fueron positivos en 7 de 11. D) Etiología: Staphylococcus aureus (en 7 de 12), Staphylococcus auricularis (1), Fusobacterium necrophorum (1), Streptococcus pneumoniae (1), Aroerococcus urinae (1), E. coli (1). E) Tratamiento: Todos los pacientes recibieron tratamiento antibiótico intravenoso durante 2 semanas continuando antibioterapia oral (4-6 semanas). En tres casos se realizó drenaje quirúrgico del absceso periarticular. Un caso fue intervenido mediante resección del tercio interno clavicular. F) Evolución: Todos los casos presentaron una buena evolución clínica aunque tres de ellos presentaron secuelas.

**CONCLUSIONES**

-La AEC es una localización poco frecuente de la artritis séptica, su diagnóstico implica un alto índice de sospecha. -El diagnóstico requiere la realización de TAC que muestra gran rentabilidad para la demostración de colección periarticular. El diagnóstico microbiológico se realiza mediante cultivo del material obtenido por PAAF articular, del material de drenaje quirúrgico y por hemocultivos. -En nuestra serie la etiología más frecuente fue Staphylococcus aureus. -La mayoría de los casos se resuelve con tratamiento antibiótico exclusivo aunque a veces es necesario el drenaje quirúrgico y/o resección articular.



**A-07 PILEFLEBITIS. SERIE DE 9 CASOS Y REVISIÓN DE LA LITERATURA**

M. García Gutiérrez<sup>1</sup>, S. Rodríguez Suarez<sup>1</sup>, R. Luque Marquez<sup>2</sup>, E. Sánchez Rivas<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Enfermedades Infecciosas. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla

**OBJETIVOS**

La pileflebitis es la trombosis séptica de la vena porta o sus ramas tributarias, surge como una complicación de procesos infecciosos supurativos en territorios que drenan al sistema venoso portal, siendo el más importante la diverticulitis. Como gérmenes responsables destacan E. coli y B. fragilis. Se desconoce la patogenia exacta de esta patología y si el proceso trombótico está en relación con dichos gérmenes, por lo que la necesidad de iniciar terapia anticoagulante no ha sido aún aclarada. Presentamos una serie de 9 casos, con el objetivo de revisar los aspectos etiológicos, clínicos y de manejo diagnóstico-terapéutico en el entorno de nuestro centro hospitalario y compararlos con la literatura existente.

**MATERIAL Y MÉTODO**

Estudio retrospectivo descriptivo de serie de casos. Se incluyeron pacientes con clínica sugerente de pileflebitis con demostración en pruebas de imagen de trombosis venosa portal o de sus ramas en un periodo de 6 años. Para ello se realizó una búsqueda utilizando la palabra clave "pileflebitis" en el Registro del Conjunto Mínimo Básico de Datos del Hospital Virgen del Rocío de Sevilla.

**RESULTADOS**

La mediana de edad fueron 56 años. Afectó a varones en el 78% de los casos. El foco precipitante más frecuente fue la colangitis aguda. La forma de presentación clínica fue fiebre y dolor abdominal en el 100% de los casos. Analíticamente fue casi constante el aumento de FA (mediana 416 UI/l) y GGT (mediana 219 UI/l). En ningún caso se objetivó alteraciones en los tiempos de coagulación. Como reactantes de fase aguda, en 5 casos se midió la VSG (mediana 118 mm/h), y en 4 casos la PCR (mediana de 182,5 mg/l). Las técnicas diagnósticas empleadas fueron colangiografía y TAC abdominal en igualdad de ocasiones. En 5 de los casos, el 55,5%, se hallaron abscesos múltiples en las pruebas de imagen, sin que hubiese relación con el foco de origen. Se tomaron hemocultivos en 6 de los 9 pacientes, de los que el 87,5% fueron positivos, hallando bacteriemia polimicrobiana en el 50% de los casos. El antibiótico más usado fue piperacilina-tazobactam, en 4 casos. La mediana del tiempo de antibioterapia fue de 21 días. Se pautó tratamiento anticoagulante en el 40% de los casos sin encontrar clara influencia sobre el curso clínico. Se produjo éxitus en 1 de los casos.

**DISCUSIÓN**

A diferencia de lo que se observa al revisar la literatura, en la que la primera causa de la pileflebitis es una diverticulitis, en nuestra serie resulta ser la colangitis aguda. Este hecho puede tener su explicación en el amplio uso de la colangiografía magnética en pacientes afectados de patología de vía biliar en nuestro medio. Esta técnica de imagen evidenciaría casos de pileflebitis que pasarían desapercibidos en la TAC. Como complicación más frecuente tenemos la aparición de abscesos hepáticos múltiples, que en otras series ocurrieron en 11% y en la nuestra en 55%, lo que podría indicar un diagnóstico tardío. Se utilizó tratamiento anticoagulante en nuestra serie en el 40% de los pacientes, sin que ello tuviera un claro impacto en su evolución clínica.

**CONCLUSIONES**

La causa más relevante fue la colangitis aguda. Como forma de presentación se repiten como constantes el dolor abdominal y la fiebre, y como variable de laboratorio el ascenso de GGT y FA. Los hemocultivos fueron positivos en el 87,5% de los casos destacando el aislamiento de E. coli, B. fragilis y flora polimicrobiana. Se instauró tratamiento anticoagulante en el 40% de pacientes sin que ello evidenciara un cambio en la evolución.

**A-08 PNEUMOCYSTIS JIROVECCII Y RESISTENCIA A SULFAMIDAS EN RELACIÓN AL GEN DIHIDROPTEROATO SINTASA**

R. Terán Redondo<sup>1</sup>, I. Martín Garrido<sup>1</sup>, B. Herrera Hueso<sup>1</sup>, R. Morilla<sup>2</sup>, V. Friaza<sup>2</sup>, E. Campano<sup>2</sup>, M. Martínez Risquez<sup>1</sup>, C. De la Horra<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>CIBER de Epidemiología y Salud Pública. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla

**OBJETIVOS**

Las sulfamidas, la asociación de trimetropin-sulfametoxazol y la dapsona, son pilares fundamentales para el tratamiento y la profilaxis de las neumonías por Pneumocystis Jiroveccii (PCP), una enfermedad potencialmente mortal en pacientes inmunodeprimidos. Al igual que otros microorganismos, se sabe que Pneumocystis presenta en determinadas ocasiones resistencia a las sulfamidas en relación a determinadas mutaciones en el gen de Dihidropteroato Sintasa (DHPS). Se han desarrollado técnicas moleculares que nos determinan estos tipos de mutaciones. En este sentido, sería interesante conocer si la aparición de estas mutaciones en el gen DHPS es la consecuencia de la transmisión entre portadores o son debidas a la selección natural por la presión del tratamiento con sulfamidas, aunque estas posibilidades no son excluyentes mutuamente. Por tanto, el papel de los sujetos colonizados por Pneumocystis en la transmisión de mutaciones en la DHPS aun se desconoce. El objetivo de nuestro estudio es proporcionar datos epidemiológicos de las mutaciones del gen DHPS en pacientes con PCP y en sujetos inmunocompetentes colonizados.

**MATERIAL Y MÉTODO**

El estudio incluyó a 47 pacientes con PCP y 75 sujetos inmunocompetentes colonizados por Pneumocystis durante el periodo de 2001-2007, identificados por PCR anidada del gen mt-LSU-rRNA. Las mutaciones del gen DHPS fueron estudiadas mediante fragmentos de restricción de longitud polimórfica (RFLP) usando Acc/ Hae III en los nucleótidos de posición 165 y 171, respectivamente.

**RESULTADOS**

Se detectó una prevalencia del 19'7% de mutaciones del gen DHPS en la población general. No se encontraron diferencias significativas entre la frecuencia de mutaciones del gen DHPS en pacientes con PCP y sujetos colonizados (23'4% vs 17'3%, p = 0,75). Además se observó una tendencia a la disminución de la frecuencia de aparición de resistencias durante ese periodo (31'3% de mutaciones durante el año 2001 frente a 11'6% en 2007).

**CONCLUSIONES**

Se ha observado un patrón similar de mutaciones del gen DHPS en sujetos con PCP y sujetos inmunocompetentes colonizados, lo que sugiere que ambos grupos podrían compartir un ciclo común de transmisión de cepas mutadas, abriendo interrogantes sobre el papel de los sujetos colonizados como reservorio de cepas con mutaciones del gen DHPS y su capacidad de transmisión a sujetos inmunocomprometidos susceptibles de desarrollar PCP.

**A-09 ADECUACIÓN A UN PROTOCOLO DE NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD: ¿PEDIMOS LO QUE NECESITAMOS?**

C. Umaña de Bonet<sup>1</sup>, R. Ramírez Montesinos<sup>1</sup>, M. Cheda<sup>1</sup>, C. Moreno Arias<sup>1</sup>, A. Delegido Sánchez-Migallón<sup>1</sup>, O. Araújo Loperena<sup>1</sup>, M. Carulla<sup>2</sup>, E. Pedrol Clotet<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Técnico de Salud. Hospital de Sant Pau i Santa Tecla. Tarragona

**OBJETIVOS**

A principios de 2009 se elaboró y se implementó el protocolo de actuación frente a Neumonía Adquirida en la Comunidad (NAC) en nuestro servicio, siguiendo las recomendaciones actualizadas de la SEIMC. Por ello nos proponemos analizar la adecuación de las pruebas complementarias que solicitamos en esta patología a nuestro protocolo.

**MATERIAL Y MÉTODO**

Se ha realizado un estudio observacional y retrospectivo mediante la revisión de las altas hospitalarias de nuestro servicio por NAC del año 2009. Todos los pacientes tenían como mínimo un criterio de ingreso en el momento de ser admitidos. Se han recogido variables epidemiológicas (edad y sexo) y de resultados de pruebas complementarias (analítica, gasometría arterial, pulsioximetría, antigenuria de neumococo y legionella, serología de neumonías atípicas, cultivo de esputo, hemocultivos y radiografía). Se valoró la adecuación de las pruebas complementarias al protocolo de NAC del servicio, determinando que existía adecuación si se incluía la realización de análisis de sangre, antigenuria y radiografía de tórax en el momento del ingreso. El cultivo de esputo sólo se consideraba relevante en pacientes seleccionados. Los datos se han analizado con el paquete estadístico SPSS v18.0 mediante análisis univariante.

**RESULTADOS**

Se han analizado 93 altas, correspondientes a 89 pacientes. La edad media de la muestra era de 63,7 años (DE 20,6) y el 65,2 % fueron hombres. Entre las pruebas complementarias practicadas destaca la realización de 3,4 analíticas por ingreso (DE 3,1). El 91,2% de los pacientes con saturación basal de O<sub>2</sub> por pulsioxímetro menor al 94% tenía realizada la correspondiente gasometría arterial. Se ha realizado antigenuria de *Streptococcus pneumoniae* al 86% de los casos y de *Legionella pneumophila* al 61,3%. El 12,9% de los casos tenía una serología de neumonía atípica en curso. En el 15,1% de los casos también se realizó cultivo de esputo y en el 60,2% dos hemocultivos, que se obtuvieron durante el pico febril en el 80% de las ocasiones. También destaca que se ha realizado 2,1 radiografía por caso (DE 1,5) y que el 57% de los pacientes tenía una radiografía de control durante la hospitalización. Existe adecuación a nuestro protocolo de actuación en cuanto a la realización de las pruebas complementarias en el 82,8% de los casos analizados.

**DISCUSIÓN**

Según el protocolo de NAC de nuestro servicio existe concordancia entre las pruebas complementarias a realizar y las que realmente se realizan. De hecho existe adecuación al protocolo en más del 80% de los casos analizados, ya que la mayoría de nuestros pacientes tienen analítica, antigenuria y radiografía de tórax en el momento del ingreso. Sin embargo, en algo menos del 20 % no se realiza alguna de las tres pruebas. El cultivo de esputo, que no se presenta como una técnica coste-efectiva para la adecuación del tratamiento etiológico, está poco utilizado en nuestro entorno tal y como se recomienda en las revisiones de la literatura.

**CONCLUSIONES**

1. Existe adecuación al protocolo de NAC en cuanto a la realización de las pruebas complementarias en más del 80% de los casos. 2. El cultivo de esputo está poco utilizado. 3. Es necesario continuar con la realización de las pruebas complementarias microbiológicas para la correcta adecuación de la práctica clínica al protocolo de NAC.

**A-10 COMORBILIDAD, CRITERIOS DE INGRESO Y TRATAMIENTO EN UNA SERIE DE NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD: ADECUACIÓN A UN PROTOCOLO**

M. Cheda<sup>1</sup>, R. Ramírez Montesinos<sup>1</sup>, C. Moreno Arias<sup>1</sup>, C. Umaña de Bonet<sup>1</sup>, A. Delegido Sánchez-Migallón<sup>1</sup>, O. Araújo Loperena<sup>1</sup>, M. Carulla<sup>2</sup>, E. Pedrol Clotet<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Técnico de Salud. Hospital de Sant Pau i Santa Tecla. Tarragona

**OBJETIVOS**

A principios de 2009 se elaboró y se implementó el protocolo de actuación frente a Neumonía Adquirida en la Comunidad (NAC) en nuestro servicio, siguiendo las recomendaciones actualizadas de la SEIMC. Por ello nos proponemos evaluar la adecuación de los criterios de ingreso y el tratamiento instaurado a nuestro protocolo de actuación en las NAC. Así mismo pretendemos analizar la comorbilidad en esta serie de pacientes.

**MATERIAL Y MÉTODO**

Se ha realizado un estudio observacional y retrospectivo mediante la revisión de las altas hospitalarias por NAC del año 2009. Todos los pacientes tenían como mínimo un criterio de ingreso en el momento de ser admitidos. Se han recogido variables epidemiológicas (edad y sexo), de comorbilidad (EPOC, tabaquismo, cardiopatía, neoplasia, inmunosupresión, diabetes, > 65 años), criterios de ingreso (edad > 70, FINE III-V, insuficiencia respiratoria, inestabilidad hemodinámica, inmunosupresión) y tratamiento instaurado. Se evaluó la adecuación al protocolo de actuación de las NAC en función de la presencia de al menos un criterio de ingreso y que el tratamiento antibiótico fuera acorde a lo protocolizado. Los datos se han analizado con el paquete estadístico SPSS v18.0 mediante análisis univariante.

**RESULTADOS**

Se han analizado 93 altas, correspondientes a 89 pacientes. La edad media de la muestra era de 63,7 años (DE 20,6) y el 65,2 % fueron hombres. Respecto a la comorbilidad obtenida, el 29% de los pacientes tenía EPOC asociada, el 21,5% era fumador, otro 21,5% era diabético y el 60,2 % mayor de 65 años. Se ha obtenido 1,9 factores de comorbilidad por alta hospitalaria (DE 1,4). En cuanto a los criterios de ingreso, el 47,3% de los pacientes era mayor de 70 años y el 19,4% tenía la edad como único criterio de ingreso, el 25,9 % tenía un FINE III-V, un 16,1% se presentó con insuficiencia respiratoria y otro 16,1% con inestabilidad hemodinámica. Nuestros pacientes cumplen una media de 1,2 criterios de ingreso (DE 0,8). Respecto al antibiótico prescrito, el 74,2% de los casos siguió tratamiento con levofloxacino, un 10,8% con la asociación ceftriaxona-macrólido y el 9,7% con amoxicilina-ácido clavulánico. El 86,2% de las NAC FINE I-II siguió tratamiento con levofloxacino y 13,8% con amoxicilina-ácido clavulánico. El 71,2% de las NAC FINE >= III lo siguió con levofloxacino, el 16,9% con la asociación ceftriaxona-macrólido y 8% amoxicilina-ácido clavulánico. La adecuación al protocolo de actuación fue de un 90,3% en cuanto a los criterios de ingreso y de un 95,7% en cuanto al tratamiento.

**DISCUSIÓN**

Nuestra serie muestra una comorbilidad similar a la referida en la literatura. Igualmente, la mayoría de los pacientes ingresados tiene al menos un criterio de ingreso y se adecua correctamente a la necesidad de ingreso según el protocolo. No existe diferencia en cuanto a la utilización de antibióticos respecto a lo consensuado por las diferentes sociedades científicas y lo recogido en nuestro protocolo. También observamos como la adecuación al tratamiento según el protocolo fue muy buena.

**CONCLUSIONES**

1. La mayoría de los casos que ingresa por NAC tiene la edad como único criterio de ingreso y comorbilidad asociada. 2. La adecuación del tratamiento instaurado es acorde al protocolo vigente en nuestro servicio. 3. Existe una tendencia a prescribir levofloxacino en las NAC leves que requieren hospitalización.



**A-11 OSTEOMIELITIS DEL PÚBIS: NUESTRA EXPERIENCIA RECIENTE EN UNA RARA ENTIDAD**

R. Álvarez Marín<sup>1</sup>, Á. Araujo Míguez<sup>2</sup>, R. Luque Márquez<sup>1</sup>, J. Praena Segovia<sup>3</sup>,  
E. Sánchez Rivas<sup>1</sup>, N. Espinosa Aguilera<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Unidad Clínica de Enfermedades Infecciosas, <sup>2</sup>Servicio Aparato Digestivo, <sup>3</sup>Servicio Medicina Interna. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla

**OBJETIVOS**

Presentar la etiología, características clínicas, abordaje diagnóstico-terapéutico y evolución de los casos de osteomielitis de pubis en un hospital de 3º nivel entre 2005-2009. Revisión sistemática de la literatura.

**MATERIAL Y MÉTODO**

Estudio retrospectivo de 3 casos clínicos identificados a partir de una búsqueda por CMBD. Búsqueda bibliográfica en pubmed: término "osteomyelitis pubis"; límites: publicado últimos 20 años, humanos.

**RESULTADOS**

CASO CLÍNICO 1: Varón 21 a. Jugador de hockey. Fiebre, dolor inguinal y limitación para la deambulación que mejoró con AINES. Tras 9 meses: tumoración suprapúbica derecha y fiebre. EC: Rx: osteolisis rama isquiopubiana dcha. TAC y RM de pelvis: osteolisis isquiopubiana dcha., abscesos suprapúbicos. Cultivos: HC (-), pus de absceso: S. aureus MS. Tto: desbridamiento del absceso, curetaje de rama isquiopubiana y cloxacilina iv 21 días (+ rifampicina vo 7 d.) seguido ciprofloxacino vo + rifampicina vo 4 meses. Fístula crónica, artritis esternoclavicular por S. aureus (mes+13), resección de segmento de rama isquiopubiana en (mes+18). CASO CLÍNICO 2: Varón 16 a. Jugador de fútbol. Fiebre, dolor inguinal izqdo e impotencia para la deambulación de 6 días. EF: Tumoración suprapúbica fluctuante con dolor suprapúbico e inguinal izdo. EC: RM pelvis: edema en ilíaco izdo y absceso osifluente en obturador izdo. HC y cultivo del pus: S. aureus MS. Tto: cloxacilina iv 21 d. (+rifampicina vo 11 d.) seguido de ciprofloxacino vo 21 d. Al alta asintomático con menor afectación de partes blandas. CASO CLÍNICO 3: Mujer 65 a. Ca mama, QT iv por portal. Dolor inguinal que limita la deambulación y dolor perineal de 3 semanas. EF: tumefacción suprapúbica no fluctuante. EC: TC ABD: aumento de partes blandas y lesiones líticas en huesos del pubis. Cultivos: HC y aspirado de la tumoración: (-). Tto: cloxacilina iv+ceftriaxona iv durante 21 d. seguido de ciprofloxacino vo+rifampicina vo 21d. Asintomática con persistencia de lesiones líticas.

**DISCUSIÓN**

La osteomielitis del pubis es una entidad rara. Debe diferenciarse de la "osteítis del pubis" (inflamación aséptica traumática) Afecta a deportistas jóvenes y pacientes con antecedentes de cirugía genitourinaria, bacteriemia o neoplasia pélvica. Suele originarse por vía hematogena. S. aureus es la etiología más frecuente de forma global y en atletas; P. aeruginosa en usuarios de drogas iv y flora fecal polimicrobiana en pacientes con tumores pélvicos. Suele presentarse con dolor local, impotencia funcional y fiebre. El abordaje diagnóstico está encaminado a la confirmación por imagen (TC, RM) y al aislamiento microbiológico para instaurar tratamiento antimicrobiano dirigido (al menos 6 semanas). Precisa cirugía hasta el 55% de casos. Menos complicaciones con diagnóstico precoz.

**CONCLUSIONES**

La osteomielitis del pubis se presenta característicamente con predominio del dolor local irradiado a cadera y la limitación de la marcha. Existen factores predisponentes cuya identificación mejora el diagnóstico precoz. Se relacionan con la etiología. El diagnóstico se basa en pruebas de imagen y en el aislamiento microbiológico. El diagnóstico tardío aumenta el riesgo de complicaciones a pesar de una antibioterapia adecuada.

**A-12 RESULTADOS DE LAS PRUEBAS COMPLEMENTARIAS EN PACIENTES CON NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD**

C. Moreno Arias<sup>1</sup>, R. Ramírez Montesinos<sup>1</sup>, M. Cheda<sup>1</sup>, C. Umaña de Bonet<sup>1</sup>,  
A. Delegido Sánchez-Migallón<sup>1</sup>, O. Araújo Loperena<sup>1</sup>, M. Carulla<sup>2</sup>, E. Pedrol Clotet<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Técnico de Salud. Hospital de Sant Pau i Santa Tecla.  
Tarragona

**OBJETIVOS**

Conocer los resultados de las pruebas complementarias aplicadas a una serie de pacientes con Neumonía Adquirida en la Comunidad (NAC) de nuestro servicio.

**MATERIAL Y MÉTODO**

Se realizó un estudio observacional y retrospectivo de las altas del Servicio de Medicina Interna de pacientes con NAC en el año 2009. Se recogieron las siguientes variables: edad, sexo, comorbilidad (EPOC, tabaquismo, cardiopatía, neoplasia, inmunosupresión, diabetes, > 65 años) y criterios de ingreso (edad >70 años, FINE III-V, insuficiencia respiratoria, inestabilidad hemodinámica, inmunosupresión). También se recogió información sobre las pruebas complementarias realizadas (radiografía de tórax, hemograma, función renal, gasometría arterial, pulsioximetría, función hepática, serologías para neumonías atípicas, cultivo de esputo, hemocultivo y antígenos de neumococo y Legionella en orina). Los datos se analizaron mediante análisis univariante con el programa estadístico SPSS v18.0.

**RESULTADOS**

Se incluyeron 89 pacientes con edad media de 63,7 años (DE 20,6) de los que el 65,2 % fueron hombres. Se realizaron 2,1 radiografías de tórax por paciente (DE 1,5), el 98,7% durante el ingreso y el 57% como control posterior. Un 8,6% presentó derrame pleural como complicación. Por otro lado, se ha realizado una media de 3,4 analíticas por paciente (DE 3,1). Se evidenció anemia en el 49,5% de los casos, leucocitosis en el 61,2% y leucopenia en el 5,4%. Las pruebas de función renal mostraron que el 9,7% tenía una creatinina superior a 2 mg/dl. La gasometría arterial se realizó en el 91,2% de los casos que presentaba saturación de O2 por pulsioximetría menor del 94%. En el 37,6% de las mismas mostraba insuficiencia respiratoria. Las pruebas de función hepática demostraron alteración de la GOT en el 15,1% y de la GPT y de la GGT en el 9,7% respectivamente. La serología para neumonía atípica se realizó en el 12,9% de los pacientes. La antigenuria de S. pneumoniae se recogió en el 86% de los casos y fue positiva en el 21,2%. Así mismo, la determinación urinaria del antígeno de L. pneumophila se efectuó en el 61,3% de los pacientes pero sólo fue positiva en el 1,8%. En el momento de la exploración se confirmó que el 22,5% de los pacientes presentaban expectoración, y se solicitó cultivo de esputo en el 15,1% de los casos. El hemocultivo se realizó en el 60,2% de los individuos con fiebre. El diagnóstico etiológico no fue posible en 76 pacientes (81,7%). Se ha documentado neumonía por S. pneumoniae 15 pacientes (16,1%) y por Legionella pneumophila en 1 (1,1%).

**DISCUSIÓN**

Estos resultados se corresponden con aquellos señalados por otros autores. La mayoría de los pacientes que necesitaron ingreso por NAC fueron hombres de edad avanzada en concordancia con el grupo etario que acude a nuestro centro. En este estudio se ha observado la escasa utilización del cultivo de esputo, de acuerdo con las últimas guías de actuación, debido que no se presenta como una técnica coste-efectiva en esta patología. Por otra parte, se ha documentado un escaso registro del agente causal en el documento de alta, hecho que dificulta el adecuado registro de los casos.

**CONCLUSIONES**

1. La mayoría de nuestros pacientes con NAC son hombres con una media de edad de 63 años. 2. La mayoría de nuestros pacientes tiene leucocitosis y no tiene alteración de las pruebas de función hepática ni renal. 3. Existe un escaso registro de la etiología de la NAC en nuestra serie.



**A-13 NEUMONÍAS DE LA COMUNIDAD INGRESADAS EN UN HOSPITAL GENERAL DURANTE EL ACMÉ DEL PERIODO PANDÉMICO DE GRIPE A/H1N1V**

M. Esteban Moreno, G. Gómiz Rodríguez, G. Parra García, P. Sánchez López, G. López Lloret, M. Martínez Cortés, L. Díez García  
Servicio de Medicina Interna. Hospital Torrecárdenas. Almería

**OBJETIVOS**

Estudiar la frecuencia y características de las neumonías de la comunidad ingresadas en el área de adultos de un hospital general durante el acmé del periodo pandémico de gripe A (H1N1) nueva variante en Andalucía. Comparar estas neumonías con las ingresadas en el mismo periodo del año anterior.

**MATERIAL Y MÉTODO**

Estudio retrospectivo de los pacientes ingresados en los servicios médicos de adultos de un hospital general por neumonía de la comunidad en dos periodos: septiembre-08 a enero-09 (Periodo Control: PC) y septiembre-09 a enero-10 (Periodo de gripe: PG). El diagnóstico de gripe A se confirmó mediante detección por RT-PCR de nuevo virus de la gripe A/H1N1v. Se analizaron las principales variables epidemiológicas, comorbilidades, características clínicas, tratamiento empleado y evolución en los pacientes en ambos periodos. Los datos se analizaron con el paquete estadístico SPSS 17.0.

**RESULTADOS**

El número de pacientes ingresados por neumonía de la comunidad en el PG fue de 270 y en el PC de 260 ( $p=0,1$ ), sin diferencias significativas en la distribución por sexos (varones 61%/62%), aunque sí en la edad (PG: 62+5 años; PC: 71+3 años;  $p<0,05$ ). Los pacientes del PG eran con mayor frecuencia fumadores (PG: 44%; PC: 23%;  $p<0,05$ ) y tenían asma bronquial (PG: 22%; PC: 8%;  $p<0,01$ ). Sin embargo presentaban con menor frecuencia enfermedades neurodegenerativas (PG: 8,6%; PC: 25%;  $p<0,05$ ), discapacidad (PG: 17%; PC: 30%;  $p<0,05$ ) y enfermedades cardiovasculares (PG: 56%; PC: 72%;  $p=0,07$ ). No se objetivaron diferencias en ambas poblaciones respecto a obesidad (PG: 20%; PC: 18%;  $p$ : NS), inmunodepresión (PG: 14%; PC: 18%;  $p$ : NS), ó EPOC (PG: 36%; PC: 49%;  $p$ : NS). Tampoco se objetivaron diferencias significativas respecto a la duración de la hospitalización (EM en PG: 10,6+2 días; EM en PC: 10,9+2 días;  $p$ : NS), la frecuencia de complicaciones graves (PG: 37%; PC: 26%;  $p$ : NS), ingreso en la UCI (PG: 16%; PC: 10%;  $p$ : NS) ó mortalidad (PG: 8,5%; PC: 11,7%;  $p$ : NS). En el PG se activó el protocolo de sospecha de gripe A en 58 pacientes (21,5%) que se confirmó en 31 casos (53,5%). Los pacientes con neumonía por gripe A/H1N1v eran más jóvenes (38+7 años,  $p<0,001$ ), presentaron con mayor frecuencia obesidad (26%;  $p<0,05$ ) y asma bronquial (34%;  $p<0,05$ ) y tuvieron similar mortalidad (3 casos, 10%,  $p$ : NS).

**CONCLUSIONES**

La pandemia de gripe A/H1N1v ha tenido un impacto escaso medido en términos de frecuentación de ingresos por neumonía de la comunidad. Se objetivan algunas características diferenciales en las neumonías ingresadas en el periodo pandémico (menor edad, mayor frecuencia de asma y tabaquismo, menor discapacidad y enfermedades neurodegenerativas) que reflejan la repercusión e influencia de la infección por el virus gripal.

**A-14 CARACTERÍSTICAS DIFERENCIALES ENTRE PACIENTES HOSPITALIZADOS POR SOSPECHA DE GRIPE A NO CONFIRMADA Y PACIENTES CON CONFIRMACIÓN MICROBIOLÓGICA EN UN HOSPITAL GENERAL**

P. Sánchez López, G. López Lloret, M. Martínez Cortés, G. Parra García, M. Esteban Moreno, G. Gómiz Rodríguez, L. Díez García

Servicio de Medicina Interna. Hospital Torrecárdenas. Almería

**OBJETIVOS**

Estudiar las características y posibles diferencias epidemiológicas, clínicas, pronósticas y de cuidados entre los pacientes ingresados en un hospital general en los que se activó el protocolo de caso sospechoso de la gripe A (H1N1) nueva variante, comparando los casos finalmente no confirmados y aquellos con diagnóstico cierto de esta enfermedad.

**MATERIAL Y MÉTODO**

Estudio observacional, prospectivo, de los pacientes ingresados en los servicios médicos de adultos de un hospital general, por sospecha de infección por virus de la gripe A (H1N1) nueva variante. El diagnóstico de gripe A se confirmó mediante técnica de PCR-tiempo real. Se analizaron las principales variables epidemiológicas, comorbilidades, características clínicas, tratamiento empleado y evolución en los pacientes con/sin diagnóstico confirmado (C: casos ciertos/S: sospechas no confirmadas). Los datos se analizaron los datos con el paquete estadístico SPSS 17.0.

**RESULTADOS**

Durante el periodo de alerta pandémica ingresaron 98 pacientes por sospecha de gripe A, que se confirmó en 58 (59%) y descartó en 40 (41%). En relación con la fecha de ingreso, el diagnóstico de gripe A se confirmó en el 44% de los pacientes ingresados en septiembre, el 62% en octubre, el 75% en noviembre y el 53% en diciembre. Los pacientes con gripe fueron más jóvenes (edad media: 39+4 vs 46+6 años,  $p<0,05$ ) sin diferencias significativas en la distribución por sexos (M: 50%/53%) aunque ingresaron con mayor frecuencia en la UCI (C: 22%; S: 2,5%;  $p<0,05$ ) y la duración del ingreso fue más prolongada (C: 12,8+4 días; S: 7,7+2 días,  $p<0,05$ ). Las principales diferencias entre C/S respecto a la distribución de los factores de riesgo que se han asociado a la gripe A fueron: embarazo (C: 16%; S: 9%;  $p<0,05$ ), obesidad (C: 26%; S: 10%;  $p<0,05$ ), asma bronquial (C: 34%; S: 2%;  $p<0,05$ ) y neoplasia (C: 16%; S: 2%;  $p=0,057$ ). No se objetivaron diferencias respecto a la frecuencia de neumonías (C: 53%; S: 67%) aunque el patrón radiológico intersticial fue más frecuente en los casos (C: 53%; S: 27%;  $p<0,05$ ). El 86% de los C y el 82% de los S recibieron tratamiento antibiótico. Todos los casos y sospechas recibieron oseltamivir, que se suspendió en el 90% de las sospechas no confirmadas. Presentaron complicaciones graves el 19% de los casos y el 12% de las S ( $p=0,08$ ), aunque los C precisaron ventilación mecánica invasiva con mayor frecuencia (C: 5%; S: 2%;  $p<0,05$ ) y tuvieron mayor mortalidad (C: 5%; S: 0%;  $p<0,05$ ).

**CONCLUSIONES**

La activación del protocolo de gripe A confirmó la presencia de la enfermedad en más de la mitad de los casos sospechosos durante el periodo de alerta pandémica. Los pacientes con gripe A confirmada fueron más jóvenes, tenían con mayor frecuencia factores de riesgo reconocidos de gripe A y aunque en la mayoría de los casos la evolución fue satisfactoria, la gripe A se asoció a mayor gravedad y letalidad.

### A-15 ¿SON LOS FONENDOSCOPIOS UNA FUENTE POTENCIAL DE INFECCIÓN NOSOCOMIAL? ¿NOS LAVAMOS LAS MANOS COMO PRINCIPAL MEDIDA DE PREVENCIÓN?

J. García Mata, M. Goyanes Galán, M. Herrán Nieto, I. Alcón, C. Morales Mateos  
Servicio de Medicina Interna. Hospital Juan Grande. Jerez de la Frontera (Cádiz)

#### OBJETIVOS

Determinar la frecuencia de la contaminación de los fonendoscopios (FC) en el medio hospitalario y si se realiza una buena práctica de lavado de manos como principal medida de prevención de infecciones nosocomiales.

#### MATERIAL Y MÉTODO

Se ha obtenido el cultivo de 15 FC y cultivo de 15 manos pertenecientes a cada uno de los médicos internistas y de cada control de enfermería de las distintas unidades, incluyendo urgencias. Hemos diferenciado 2 grupos de personal: médicos adjuntos (10) y enfermería (5). Se determina la frecuencia de contaminación global y por grupo, así como el porcentaje de *S. aureus* meticilín-resistente (SAMR).

#### RESULTADOS

De los 15 FC estudiados, 6 (40%) estaban contaminados con microorganismos. Todos presentaban cocos Gram positivos, pertenecientes al grupo denominado *Staphylococcus coagulasa negativo*. En 4 (26%) se aislaron más de un microorganismo. No se aisló ningún *Staphylococcus aureus*. De los FC pertenecientes a médicos adjuntos presentaban contaminación 4 (40%), mientras que los FC de enfermería mostraron positividad en 2 casos, un 40%. Los FC de uso personal y los designados a áreas específicas para uso común tenían la misma proporción de contaminación. En cuanto al cultivo de las manos, se encontraron microorganismos pertenecientes a la microbiota normal de la piel, *Staphylococcus coagulasa negativo*, en 10 cultivos (66%). En el 80% del personal médico se aisló microorganismos, y en el 40% del personal de enfermería elegidos al azar de cada unidad. En 2 (13%) se aislaron más de un tipo. Tampoco no se aisló ningún *Staphylococcus aureus*.

#### CONCLUSIONES

El alto porcentaje de contaminación de los FC sitúa a estos instrumentos como potenciales transmisores nosocomiales de microorganismos, incluidos aquellos con resistencia a antibióticos; recomendamos la desinfección regular de los FC como medida más eficaz para prevenir la diseminación de microorganismos resistentes, y consideramos que deberían desarrollarse además otras estrategias adicionales entre el personal hospitalario a fin de disminuir esta contaminación. Los estafilococos coagulasa-negativos (ECN) forman parte de la microbiota normal de la piel y mucosas. Se aíslan con frecuencia como contaminantes, aunque también pueden causar infecciones nosocomiales. La importancia clínica de los ECN ha ido en aumento en las últimas décadas, debido al creciente número de pacientes inmunodeprimidos que son sometidos a instrumentaciones diagnósticas o terapéuticas. La capacidad de estos microorganismos para adherirse y formar biofilms en la superficie de los dispositivos y catéteres endovenosos tiene un papel importante en la patogenia de estas infecciones. La puesta en marcha de programas específicos de lavado de manos y uso correcto de guantes ha provocado un descenso en la prevalencia de infecciones nosocomiales en nuestro hospital, lo que probablemente habrá influido en nuestro estudio, provocando que se esté más concienciado sobre la importancia del lavado de manos en la prevención de la infección nosocomial.

### A-16 RELACIÓN ENTRE EL PATRÓN RADIOLÓGICO EN EL TACAR Y LA COLONIZACIÓN POR PNEUMOCYSTIS JIROVECI EN PACIENTES CON FIBROSIS PULMONAR IDIOPÁTICA

I. Martín-Garrido<sup>1</sup>, R. Terán Redondo<sup>1</sup>, M. Martínez Risquez<sup>1</sup>, R. Morilla<sup>2</sup>, B. Herrera Hueso<sup>1</sup>, E. Márquez Martín<sup>3</sup>, S. Gutiérrez Rivero<sup>1</sup>, N. Respalda Salas<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>CIBER de Epidemiología y Salud Pública, <sup>3</sup>Unidad Médico-Quirúrgica de Enfermedades Respiratorias. Complejo Hospitalario Virgen del Rocío. Sevilla

#### OBJETIVOS

La fibrosis pulmonar idiopática (FPI) es una Neumopatía Intersticial Idiopática, cuyo patrón histológico corresponde a la Neumopatía Intersticial Usual. El TACAR muestra alteraciones características, que se consideran criterio diagnóstico de FPI. Su sensibilidad diagnóstica se ha estimado en un 90%, pudiendo observarse signos relacionados con actividad inflamatoria (adenopatías mediastínicas, vidrio deslustrado, condensaciones parcheadas o micronódulos) o con fibrosis avanzada (engrosamiento de septos interlobulillares, bronquiectasias por tracción o panal). *Pneumocystis jirovecii* es un hongo atípico que puede colonizar de manera asintomática a sujetos con enfermedades pulmonares crónicas, incluida la FPI. EL objetivo del estudio es determinar si existe relación entre el patrón radiológico y la presencia de colonización por *P. jirovecii* en pacientes con FPI.

#### MATERIAL Y MÉTODO

Se incluyeron 36 pacientes diagnosticados de FPI. El diagnóstico se realizó mediante biopsia pulmonar mediante broncoscopia, y en aquellos casos en los que no se obtuvo el diagnóstico histológico, se aplicaron los criterios diagnósticos mayores y menores establecidos por consenso. Según el patrón radiológico observado en el TACAR se establecieron dos grupos de pacientes, aquellos que presentaban datos de fibrosis avanzada y aquellos en los que se observaban datos de actividad inflamatoria. Los pacientes con un patrón mixto en el TACAR fueron incluidos en el segundo grupo al observarse aún datos de actividad en el TACAR. La presencia de colonización por *P. jirovecii* se determinó identificando la subunidad mayor del gen mitocondrial de *Pneumocystis* (mt LSU rRNA) en ADN extraído a partir de muestras de lavado broncoalveolar y posterior amplificación, mediante PCR anidada.

#### RESULTADOS

El 30% (11/36) de los pacientes con FPI estaba colonizado por *P. jirovecii*. En 21 de los pacientes encontramos un patrón radiológico con características de cronicidad y 15 pacientes presentaban datos de actividad inflamatoria en el TACAR. De los 21 pacientes con datos de fibrosis avanzada, 10 (47,6%) estaban colonizados por *Pneumocystis jirovecii*. En el caso de los 15 pacientes con patrón activo, encontramos sólo un paciente colonizado (6,6%). Se aplicó el test estadístico Chi cuadrado, con la corrección de Yates y el test exacto de Fisher, siendo la diferencia estadísticamente significativa ( $p = 0,011$ ; OR de 12,72).

#### CONCLUSIONES

Existe una alta prevalencia de colonización por *P. jirovecii* en pacientes con FPI. La colonización por *P. jirovecii* es más frecuente en pacientes que presentan datos de fibrosis avanzada en el TACAR. Este hecho sugiere que la situación de fibrosis pulmonar avanzada pueda constituir un nicho más favorable para la colonización por *Pneumocystis*, sin poder descartar que *Pneumocystis* juegue un papel en la evolución de estos pacientes. Financiado parcialmente por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía (PI-0391/07) y Ministerio de Ciencia e Innovación (PI-080983).



### A-17 RELACIÓN ENTRE LOS NIVELES DE IL-6 A NIVEL PULMONAR EN PACIENTES CON NEUMOPATÍA INTERSTICIAL IDIOPÁTICA Y EL POLIMORFISMO -174 G/C DEL PROMOTOR DEL GEN DE LA IL6

M. Martínez Rísquez<sup>1</sup>, B. Herrera Hueso<sup>1</sup>, I. Martín-Garrido<sup>1</sup>, V. Friaza Patiño<sup>2</sup>, R. Terán Redondo<sup>1</sup>, J. Martín Juan<sup>3</sup>, E. Rodríguez Becerra<sup>3</sup>, E. Calderón Sandubete<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>CIBER de Epidemiología y Salud Pública, <sup>3</sup>Unidad Médico-Quirúrgica de Enfermedades Respiratorias. Complejo Hospitalario Virgen del Rocío. Sevilla

#### OBJETIVOS

En las Neumopatías Intersticiales Idiopáticas (NII), 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. Se ha descrito un polimorfismo a nivel del promotor del gen de esta citoquina, que regula sus niveles plasmáticos, siendo el genotipo GG el que se asocia a una mayor producción a nivel sistémico. Sin embargo, existe poca información sobre su influencia a nivel local. El objetivo de nuestro estudio es 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 MÉTODO

Se incluyeron un total de 39 pacientes (31 hombres), con una edad media de 61.4 años  $\pm$  12.5 y rango (32-81) años, con sospecha diagnóstica de NII y a los que se les realizó una broncoscopia con toma de lavado broncoalveolar. 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

La tabla muestra los resultados obtenidos respecto de las frecuencias genotípicas para el polimorfismo -174 G/C de IL-6. Así mismo, se reflejan los niveles de concentración media de IL-6 local, en función de los fenotipos alto o bajo productor.

#### CONCLUSIONES

Nuestros datos sugieren que el polimorfismo -174 G/C del promotor del gen IL-6 no afecta la expresión de esta citoquina a nivel local en pacientes con NII. Financiado parcialmente por el Ministerio de Ciencia e Innovación (PI-080983) y la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía (PI-0391/07).

Tabla

FRECUENCIAS GENOTÍPICAS	N II n = 39 (%)	FENOTIPOS IL-6	Concentración media IL-6 (pg/mg)	P
GG	20 (51.3)	Alto productor (GG)	44.6	ns
GC	16 (41.0)	Bajo productor (GC+CC)	49.4	ns
CC	3 (7.7)			

### A-18 DIAGNÓSTICO MOLECULAR Y DETECCIÓN PRECOZ DE RESISTENCIAS EN MUESTRAS RESPIRATORIAS BACILÍFERAS EN LA TUBERCULOSIS PULMONAR

F. Díez García<sup>1</sup>, M. Martínez Lirola<sup>2</sup>, M. Martínez Cortés<sup>1</sup>, T. Cabezas Fernández<sup>3</sup>, F. Sánchez López<sup>1</sup>, W. Sánchez Yebra<sup>2</sup>, M. Esteban Moreno<sup>1</sup>, S. López Palmero<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Microbiología. Hospital Torrecárdenas. Almería  
<sup>3</sup>Servicio de Microbiología. Hospital de Poniente. El Ejido (Almería)

#### OBJETIVOS

En cerca de un 10% de las muestras de esputo bacilíferas se identifica una micobacteria atípica. La demora del cultivo implica un tratamiento antiTB innecesario o incorrecto en esos casos. La resistencia a los fármacos antiTB es preocupante por su aumento progresivo, especialmente en pacientes inmigrantes. La demora del antibiograma es muchas veces inaceptable y su conocimiento es fundamental para un tratamiento correcto. El objetivo del estudio es conocer la validez y utilidad del diagnóstico molecular de Complejo Mycobacterium tuberculosis y de la detección de mutaciones de resistencia a isoniácida (INH) y rifampicina (RIF) en muestras bacilíferas de esputo, en relación con los resultados obtenidos con la identificación tras cultivo convencional y con el antibiograma fenotípico, ambos sometidos a demoras importantes por condicionamientos técnicos.

#### MATERIAL Y MÉTODO

Las muestras de esputo bacilíferas se procesaron para cultivo de micobacterias, utilizando el sistema Bact/Alert y Lowenstein-Jensen. Los aislados de MTB cultivados se identificaron mediante hibridación ADN-ARN (Accuprobe, Gen-Probe). El antibiograma fenotípico de las cepas cultivadas se realizó con el sistema BACTEC MGIT 960 en el Centro De referencia Hospital Costal del Sol. La identificación de la micobacteria y el antibiograma molecular se realizó en una muestra de esputo bacilífero con el sistema GenoType<sup>®</sup>MTBDRplus (HAIN Lifescience), basado en PCR múltiple en combinación con una hibridación reversa tipo LIPA. Este sistema permite identificar el CMTB y detectar las principales mutaciones que provocan resistencia a isoniácida (INH) y rifampicina (RIF).

#### RESULTADOS

En 48 de 52 muestras respiratorias bacilíferas consiguió la identificación molecular en la muestra respiratoria y el cultivo de la micobacteria (43 cepas de Complejo Mycobacterium tuberculosis y 5 cepas de micobacterias no tuberculosas). Respecto al cultivo (gold estándar) la identificación molecular mostró: sensibilidad del 95%; especificidad: 100%; VPP: 100% y VPN del 71%. En muestras multibacilares (43 de los 48 casos) el VPP y el VPP de la prueba fueron del 100%. En muestras paucibacilares (5 casos), el VPP fue del 100% y el VPN del 50%. Respecto a las resistencias, se determinaron posibles mutaciones de resistencia a RIF e INH y se realizó antibiograma convencional en 40 casos, que fueron concordantes en 39. El estudio molecular detectó 3 casos con mutaciones de resistencia: un caso multirresistente con mutación para RIF (Mut rpo beta) e INH (Mut katG) confirmado fenotípicamente); 1 caso con mutación para H (Mut katG) también confirmado fenotípicamente y 1 caso con mutación para R (Mut rpo beta) no confirmado en el antibiograma convencional.

#### CONCLUSIONES

La identificación molecular de Complejo mycobacterium tuberculosis en muestras de esputo bacilíferas tiene una validez similar a la del cultivo, especialmente en muestras multibacilares (en muestras paucibacilares su valor predictivo negativo es bajo). La detección de mutaciones de resistencia en dichas muestras tiene una concordancia cercana al 100% respecto al antibiograma convencional. Ambas técnicas aportan una información inmediata y vital para el diagnóstico y tratamiento correcto de las infecciones respiratorias por micobacterias.



**A-19 VALIDACIÓN DE UN PROTOCOLO DE ACTUACIÓN FRENTE A NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD**

O. Araújo Loperena<sup>1</sup>, R. Ramírez Montesinos<sup>1</sup>, V. Moreno Arias<sup>1</sup>, C. Umaña de Bonet<sup>1</sup>, M. Cheda<sup>1</sup>, A. Delegido Sánchez-Migallón<sup>1</sup>, M. Carulla<sup>2</sup>, E. Pedrol Clotet<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Técnico de Salud. Hospital de Sant Pau i Santa Tecla. Tarragona

**OBJETIVOS**

En enero de 2009 se implementó y consensó un protocolo de actuación frente a la Neumonía Adquirida en la Comunidad (NAC), acorde con las recomendaciones de la SEIMC. Por ello se pretende validar la adecuación del protocolo a nuestra actuación frente a esta patología.

**MATERIAL Y MÉTODO**

Estudio observacional, analítico y retrospectivo. Se ha realizado una revisión de las altas hospitalarias con diagnósticos CIE-9-MC relacionados con NAC durante el año 2009 del Servicio de Medicina Interna, antes y después de la implementación de un protocolo de manejo de la NAC. Se han recogido variables sociodemográficas, de comorbilidad, la escala de FINE, criterios de ingreso, estancia media, etiología, estudios microbiológicos (cultivo de esputo, hemocultivos), analítica, radiología, tratamiento y adecuación según el protocolo del ingreso hospitalario, de las pruebas complementarias realizadas y del tratamiento instaurado. Los datos se han analizado mediante análisis univariante y bivariante con el paquete estadístico SPSS v18.0. Se consideran valores estadísticamente significativos si se obtiene  $p=0,05$  o inferior.

**RESULTADOS**

Se ha analizado 93 altas correspondientes a 89 pacientes. La edad media de la muestra es de 63,7 años (DE 20,6) y el 65,2% es hombre. Se han obtenido 13 casos previos a la implementación del protocolo y 80 posteriores. Se constata una menor estancia media en los casos post-protocolo pero sin significación estadística [5,8 días (DE 6,3) vs 5,5 (DE 3,9),  $p=0,826$ ]. Tampoco observamos diferencias en la clasificación de la escala de FINE [54,5% FINE  $\geq$ III vs 24,4%,  $p=0,469$ ]. No encontramos diferencias estadísticamente significativas en cuanto a los factores de comorbilidad de los pacientes ingresados antes y después de la implementación del protocolo [2,5 factores (DE 1,9) vs 1,7 (DE 1,2),  $p=0,179$ ]. No existen diferencias en cuanto a la adecuación del ingreso (100% vs 88,8%,  $p=0,351$ ). También constatamos un menor número de radiografías realizadas a los pacientes ingresados tras la implementación del protocolo, pero sin significación estadística [2,8 (DE 2,4) vs 1,9 (DE 1,3),  $p=0,270$ ]. Sin embargo se constata un significativo menor número de analíticas en los pacientes incluidos post-protocolo [5,3 analíticas (DE 3,3) vs 3,1 (DE 2,9),  $p=0,015$ ]. Tampoco se obtiene diferencia en cuanto a la realización de cultivos de esputo y hemocultivos (18,2% vs 14,1%,  $p=0,837$  y 54,5% vs 60,3%,  $p=0,746$  respectivamente). Sin embargo, se constata una significativa menor adecuación de las pruebas complementarias en los casos post-protocolo (92,2% vs 53,3%,  $p=0,013$ ). Por otra parte, tampoco encontramos diferencias significativas en cuanto a la adecuación del tratamiento antibiótico antes y después de la implementación del protocolo (90,9% vs 96,2%,  $p=0,416$ ).

**DISCUSIÓN**

La implementación de un protocolo de actuación facilita el cumplimiento y la consecución de objetivos. En nuestro estudio, aunque los resultados no son estadísticamente significativos en la mayoría de los ítems analizados, sí que se ve una clara tendencia hacia la optimización de la actuación. Es necesario incluir más casos antes de la implementación del protocolo para valorar adecuadamente este estudio, ya que el tamaño de la muestra es lo que probablemente haya facilitado estos resultados estadísticamente no significativos.

**CONCLUSIONES**

La implementación de un protocolo de actuación frente a NAC en nuestro servicio mejora nuestra actuación frente a esta patología cuando valoramos la adecuación del ingreso y el tratamiento seguido.

**A-20 CONTROL DE LA TUBERCULOSIS EN EL DISTRITO ALJARAFE. EVALUACIÓN DE UNA ESTRATEGIA**

A. Mata Martín<sup>1</sup>, A. Luna Sánchez<sup>2</sup>, B. Romero Romero<sup>3</sup>, S. Expósito García<sup>4</sup>, A. Fernández Moyano<sup>1</sup>,  
<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Epidemiología, <sup>3</sup>Servicio de Neumología, <sup>4</sup>Servicio de Medicina Preventiva. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos (Sevilla)

**OBJETIVOS**

Evaluar los resultados de la puesta en marcha de una estrategia multidisciplinar para el control de la tuberculosis en el Distrito Sanitario del Aljarafe de Sevilla.

**MATERIAL Y MÉTODO**

Se realiza seguimiento de 234 pacientes enfermos de tuberculosis, residentes en el distrito Aljarafe y notificados a Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Andalucía durante el período 2004 - 2008. Se realiza un estudio descriptivo de las características epidemiológicas de estos pacientes. Se establecen como indicadores para la evaluación de la estrategia desarrollada, el porcentaje de pacientes que finalizan tratamiento, el porcentaje de pacientes bacilíferos con estudio de contactos realizado, los nuevos casos detectados en los estudios de contactos y la incidencia en pacientes menores de 15 años. Recogida de los datos establecidos como indicadores.

**RESULTADOS**

La incidencia anual de tuberculosis en el distrito Aljarafe fue del 14,03 por 100.000 habitantes, siendo de 7,79 x 100.000 la incidencia de bacilíferos (56%). De todos los casos, el 74% tenían localización pulmonar, siendo el 83% formas pulmonares iniciales. Los menores de 15 años suponen el 8,5% del total de los casos, el 69,2% eran menores de 45 años y el 7,23% mayores de 65 años. Un 11% del total de los casos eran VIH positivos, el 9% tenían historia de alcoholismo, el 6% eran inmigrantes y el 12% referían contacto con enfermo tuberculoso. El 52% de los pacientes, tuvo una demora diagnóstica superior a 30 días. De los 234 pacientes incluidos, se realiza seguimiento efectivo al 95%, de ellos 182 (78%) finalizan tratamiento, 18 fallecen, 10 se trasladan de domicilio y 12 continuaban en tratamiento. Los casos bacilíferos eran 130, y se realiza estudio de contactos a 112 (86%) de ellos, detectándose 27 nuevos casos entre los contactos estudiados. La incidencia anual en menores de 15 años fue de 6,65 por 100.000 habitantes.

**DISCUSIÓN**

Los datos de incidencia, de localizaciones pulmonares, el porcentaje de formas iniciales de la enfermedad y la edad de los casos, son similares en este estudio a los datos publicados del conjunto de Andalucía, lo cual muestra un comportamiento epidemiológico similar de los pacientes de nuestra área, al del resto de la comunidad autónoma. Las principales diferencias las encontramos en los resultados de seguimiento de los pacientes, siendo mayor el porcentaje de finalización de tratamiento y de estudios de convivientes realizados en nuestro medio. Diferencias que consideramos son resultado de la estrategia de control de la enfermedad desarrollada en el distrito. Esta estrategia consiste básicamente en mejorar los sistemas de información e intervención epidemiológica, coordinar de forma permanente a los servicios de epidemiología y a los profesionales sanitarios, tanto en atención primaria como especializada e incorporar a los trabajadores sociales del área en el control y seguimiento de los pacientes y sus contactos.

**CONCLUSIONES**

-La estrategia seguida ha permitido mejorar los indicadores de evaluación propuestos, fundamentalmente los que se refieren al seguimiento de casos y contactos, y a la cumplimentación del tratamiento. -El refuerzo de la vigilancia epidemiológica, la coordinación entre atención primaria y especializada y el apoyo de los trabajadores sociales, mejora el rendimiento de las intervenciones, así como el control de la enfermedad tuberculosa.

**Paciente Pluripatológico/ Edad Avanzada (EA)**

**EA-01 ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LA POBLACIÓN CON CRITERIOS DE TERMINALIDAD ATENDIDOS EN UN HOSPITAL COMARCAL SIN UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS**

J. Delgado de la Cuesta, C. Escorial Moya  
 Servicio de Medicina. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos (Sevilla)

**OBJETIVOS**

Analizar cuantos de los pacientes que fallecen en el servicio de Medicina de un hospital comarcal sin unidad de cuidados paliativos cumplen criterios de terminalidad y los requerimientos de asistencia hospitalaria los 6 meses previos al fallecimiento.

**MATERIAL Y MÉTODO**

Del 1/V al 31/XII/08 ingresaron en nuestro centro 3819 pacientes en el servicio de Medicina. Realizamos un estudio retrospectivo descriptivo revisando la historia clínica de los 319 (8.35%) fallecidos.

**RESULTADOS**

Las causas de ingreso mas frecuentes fueron la disnea (88 ptes) y las infecciones en 83. Los motivos de fallecimientos mas frecuentes fueron las infecciones (80 ptes), neoplasia en 75 y cardiaca en 55. De los 319 fallecidos, 202 (63.3%) cumplían criterios de terminalidad. De ellos 93 (46%) lo eran por enfermedad oncológica. La causa no oncológica mas frecuente fue la degenerativa en 68 sujetos.

**DISCUSIÓN**

No encontramos diferencias al comparar las características demográficas de los pacientes terminales con los no terminales. Los pacientes terminales habían tenido más número de ingresos que los no terminales (1.69 Vs 1.59) y mayor número de atenciones en Urgencias (1.5 Vs 1.3) pero no encontramos diferencias cuando analizamos el número de días que los pacientes habían permanecido ingresado ni los días de estancia hospitalaria del último ingreso. Es probable que esto se deba al programa de colaboración entre atención primaria y atención especializada mediante el internista de referencia, que permite un alta precoz al estar garantizados unos adecuados niveles de cuidados a los pacientes con requerimiento de cuidados paliativos en régimen ambulatorio.

**CONCLUSIONES**

En un hospital comarcal como el nuestro, en el que no disponemos de una unidad de cuidados paliativos ni hospitalización domiciliaria no hemos encontrado diferencias significativas en el uso de los recursos hospitalarios, entre los pacientes terminales y los no terminales. Creemos que esto se debe a la existencia de un programa de colaboración estrecha entre atención primaria y especializada mediante la figura del internista de referencia que permite un adecuado manejo de estos pacientes.

Tabla 1: Características demográficas

	Total (n=319)	Terminal (n=202)	p
Edad (media[DS])	79 [11.06]	77 [10.86]	NS
Sexo (Varones[%])	166 [52]	110 [54.5]	NS
Institución (n[%])	69 [21.6]	46 [22.8]	NS
Ingreso(md [DS])	1.59 [0.90]	1.69 [0.98]	0.02
D ingres (md[DS])	8.03 [8.11]	8.23 [8.71]	NS
D ingr6m (md [DS])	12.84 [11.55]	13.15 [11.32]	NS
At Urg (md [DS])	1.3 [2.09]	1.58 [2.41]	0.01

**EA-02 MANEJO DE PACIENTES CON CRITERIOS DE TERMINALIDAD EN UN HOSPITAL SIN UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS**

C. Escorial Moya, J. Delgado de la Cuesta  
 Servicio de Medicina Interna. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos (Sevilla)

**OBJETIVOS**

Analizar los cuidados recibidos durante la hospitalización en la que fallece el paciente terminal en un Hospital Comarcal que no dispone de Unidad de Cuidados Paliativos ni hospitalización domiciliaria.

**MATERIAL Y MÉTODO**

Se realizó un estudio retrospectivo descriptivo, analizando distintas variables sobre el tratamiento recibido y la limitación de esfuerzo terapéutico, que recibieron los 319 pacientes fallecidos del 1 de mayo al 31 de diciembre de 2008. El análisis estadístico se realizó con el paquete estadístico SPSS-17.

**RESULTADOS**

De los 319 pacientes fallecidos en el periodo estudiado, 202 (63.3%) tenían criterios de terminalidad. Los resultados obtenidos se muestran en la tabla 1.

**DISCUSIÓN**

Para muchos síntomas el uso concomitante de medidas no farmacológicas es igualmente importante, a veces incluso más. Los resultados que hemos obtenido muestran que estamos concienciados en el manejo de los pacientes terminales, no sólo oncológicos sino también en los no oncológicos aunque nos queda aún mucho camino por recorrer.

**CONCLUSIONES**

Nuestro hospital dispone, aun con sus carencias y limitaciones de un equipo sensibilizado, con interés y conocimientos en los cuidados que requieren los pacientes terminales.

Tabla 1- Estudio comparativo entre pacientes terminales-no terminales y entre pacientes terminales oncológicos-no oncológicos.

	P. terminales n=202	P. no terminales n=117	p	P. oncológico n=93	P. no oncológico n=109	p
Fármacos (Media±DS)	6,92±3,7	6,86±3,57	NS	6,45±4,07	7,31±3,49	NS
Antibiótico (n y %)	102 (51%)	55 (47%)	NS	31 (33%)	71 (65%)	0,001
RCP (n y %)	168 (83%)	65 (56%)	0,001	78 (84%)	90 (83%)	NS
Sedación (n y %)	99 (49%)	38 (32%)	0,004	56 (60%)	43 (39%)	0,003
Acceso venoso (n y %)	195 (96%)	117 (100%)	0,042	87 (94%)	108 (99%)	0,032
Sonda vesical (n y %)	103 (51%)	70 (60%)	NS	35 (38%)	68 (62%)	0,001
UPP (n y %)	58 (29%)	18 (15%)	0,007	15 (16%)	43 (39%)	0,001



**EA-03 ESTUDIO CASOS CONTROLES SOBRE EL DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: “RIESGO DE CAÍDAS” EN PERSONAS INSTITUCIONALIZADAS**

M. Peláez Cerón, D. Camacho González, A. Vera Carmona  
UGC Medicina Interna. Hospital de Antequera. Antequera (Málaga)

**OBJETIVOS**

Comprobar la hipótesis: las personas institucionalizadas identificadas en la hoja de problemas de Diraya con “riesgo de caídas” sufren más caídas.

**MATERIAL Y MÉTODO**

Diseño: Se trata de un estudio observacional analítico, caso-control. Ámbito de estudio: -Población diana: personas institucionalizadas en el Área Sanitaria. -Población de estudio: Total de personas institucionalizadas en nuestra Área Sanitaria Norte de Málaga durante 2009, distribuidas en 15 residencias. Sujetos: 934 personas institucionalizadas, el 34% mayores de 85 años. Mediciones: Registro del diagnóstico en la “hoja de problemas” de Diraya. Para identificar el riesgo, se ha utilizado la “Escala de Riesgo de caídas múltiples”. Casos: registro de caídas en las distintas residencias durante el año 2009. Controles: selección de la muestra mediante muestreo aleatorio sistemático entre las personas institucionalizadas con las mismas características en cuanto al sexo y edad.

**RESULTADOS**

Odds ratio = (a \* d) / (b \* c) = 1.38 IC95%=(1,02 - 1,87)

**DISCUSIÓN**

Aunque no se ha encontrado, en la literatura consultada, datos que demuestren una asociación entre el Riesgo de caídas, en la hoja de problemas, con caídas, creemos que sería conveniente hacer varios estudios que le den validez a nuestra hipótesis planteada.

**CONCLUSIONES**

Durante el año 2009 el 38.5% de los ancianos institucionalizados sufrió al menos una caída. El riesgo de presentar caídas es 1,4 veces más frecuente en ancianos con el criterio factor de riesgo de caídas, que en ancianos sin el criterio. Estos datos nos plantean la necesidad de trasladarlos a las distintas residencias con el fin de tomar medidas preventivas.

*Disposición de los sujetos incluidos en un estudio de casos y controles.*

*Tabla de 2 x 2.*

	Caídas	No caídas	Totales
FR+	a) 234	b) 206	440
FR-	c) 126	d) 154	280
Totales	360	360	720

**EA-04 CARACTERÍSTICAS DE PACIENTES ANCIANOS POLIMEDICADOS HOSPITALIZADOS EN MEDICINA INTERNA**

M. García Ordóñez<sup>1</sup>, C. Galán Retamal<sup>2</sup>, A. Ruiz Serrato<sup>1</sup>, S. Fernández Espinola<sup>2</sup>, R. Garrido Fernández<sup>2</sup>, M. Vallejo Herrera<sup>1</sup>, V. Padilla Marín<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Farmacia. Hospital de Antequera. Antequera (Málaga)

**OBJETIVOS**

Analizar las características epidemiológicas, clínicas, funcionales y de prescripción farmacéutica de pacientes ancianos polimedcados hospitalizados. Identificar factores asociados a la presencia de reacción adversa a la medicación (RAM) en dicha población y su relación con la hospitalización.

**MATERIAL Y MÉTODO**

Del programa de facturación de recetas (MicroStrategy®) del área sanitaria se seleccionaron aquellos pacientes grandes polimedcados (10 ó más fármacos, durante más de 1 mes). De ellos se seleccionaron pacientes de >= 65 años ingresados en Medicina Interna durante 2009. Se revisaron las historias clínicas recogiendo datos demográficos, clínicos, valoración funcional (ABVD:Barthel; AIVD:Lawton). Se confirmó la situación de polimedcación de la propia historia clínica y por consulta del listado de medicación de Diraya). La comorbilidad se definió mediante el índice de Charlson y CIRS (Cumulative Index Rating Scale). Se buscaron interacciones clínicamente relevantes (ICR) mediante un sistema de asistencia informatizado. La adecuación de la prescripción se realizó mediante criterios definidos (Beers, escala de riesgo anticolinérgico). Se definió RAM como posible o determinante de la hospitalización. Mediante análisis multivariante se identificaron factores asociados a la RAM.

**RESULTADOS**

Fueron seleccionados 240 pacientes ancianos polimedcados hospitalizados durante 2009. El 61,7% eran mujeres. La edad media fue de 78,5±7,1 años (48,3% >80 años). Se clasificaron como pluripatológicos 184 pacientes (76,7%), siendo la categoría A (60%) y C (36,7%) las más frecuentemente involucradas. El 55% de los pacientes tenía dependencia funcional (Barthel < 60) y el 35,8% una alta comorbilidad. La media de fármacos prescritos fue de 12,2±2,4 (rango: 10-21). Los fármacos con acción cardiovascular (93,3%) y con acción antiagregante o hipocoagulante (85%) fueron los más frecuentemente prescritos. Se detectaron 68 pacientes (28,3%) con ICR en sus esquemas terapéuticos (10 de ellos con más de una interacción). Se detectaron 44 (18,3%) RAM, de los que 24 (10%) fueron posibles y 20 (8,3%) fueron determinantes de la hospitalización. La edad mayor de 80 años (p<0,05; OR:1,7; IC95%:1-3,2), la dependencia funcional con Barthel <60 (p<0,01; OR:8,5; IC95%:3,2-22,3) y alta comorbilidad (p<0,01; OR:2,2; IC95%:1,1-4,5) estuvieron asociados a la presencia de RAM.

**DISCUSIÓN**

La alta frecuencia de RAM determinante de hospitalización detectada en nuestro estudio, superior a la descrita en otras series, puede ser debida a la selección de pacientes estudiados: ancianos, grandes polimedcados, con gran comorbilidad y pluripatología. No encontramos asociación entre presencia de RAM y número de fármacos, como han comunicado otros autores, dado que todos los pacientes incluidos en el presente estudio tenían una gran polimedcación. Resaltamos la mayor tasa de RAM que condiciona hospitalización en un subgrupo de pacientes ancianos más frágiles, con mayor comorbilidad y dependencia funcional.

**CONCLUSIONES**

Los pacientes ancianos polimedcados presentan con alta frecuencia reacciones adversas al medicamento que condiciona hospitalización, sobre todo aquellos más frágiles con gran carga de enfermedad y dependencia. Son necesarios programas de intervención, en cuanto a adecuación y conciliación terapéutica, que sean efectivos en resultados en salud.



**EA-05 VALIDACIÓN DEL NUEVO ÍNDICE PRONÓSTICO PROFUND PARA POBLACIONES DE PACIENTES PURIPATOLÓGICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA**

L. De la Higuera Vila<sup>1</sup>, P. Bohórquez Colombo<sup>2</sup>, L. Moreno Gaviño<sup>1</sup>, D. Mendoza Giraldo<sup>1</sup>, M. Bernabeu Wittel<sup>1</sup>, D. Nieto Martín<sup>1</sup>, A. Ortiz Camúñez<sup>2</sup>, M. Ollero Baturone<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla

**OBJETIVOS**

Validar el índice PROFUND como índice predictor de la muerte al año en una cohorte multicéntrica de PPP reclutados en Centros de Atención Primaria del área urbana y periurbana de Sevilla.

**MATERIAL Y MÉTODO**

El índice PROFUND se desarrolló en 1.632 PPP reclutados al alta hospitalaria, en consultas externas, ó durante el seguimiento en hospitalización domiciliaria, de 36 hospitales españoles. Consta de nueve variables clínicas sencillas multidimensionales (edad  $\geq 85$  años, 3 puntos; cuidador principal distinto de cónyuge, 2 puntos; neoplasia activa, 6 puntos; demencia, 3 puntos; disnea clase III-IV de la NYHA y/o MRC, 3 puntos; delirium en último ingreso hospitalario, 3 puntos; hemoglobinemias  $< 10\text{g/dL}$ , 3 puntos; índice de Barthel  $< 60$ , 4 puntos;  $\geq 4$  ingresos hospitalarios en los 12 meses previos, 3 puntos). La mortalidad en los grupos de riesgo fue 12-14% para los pacientes con 0-2 puntos; 21.5-31.5% para aquéllos con 3-6 puntos; 45-50% para aquéllos con 7-10 puntos; y 61-68% para los que alcanzaron 11 o más puntos. La precisión del índice se evaluó en la cohorte PPP-AP analizando su calibración (calculando los cuartiles de riesgo de mortalidad comparativa, y la bondad de ajuste mediante el test de Hosmer-Lemeshow); y su poder discriminativo (mediante curvas ROC y cálculo del área bajo la curva). Finalmente se comparó la precisión del índice PROFUND con la obtenida con el índice de Charlson en la cohorte PPP-AP.

**RESULTADOS**

Se incluyeron 285 PPP (edad media  $74.5 \pm 13$ , el 51.6% varones), con una media de categorías de inclusión y otras comorbilidades de  $2.3 \pm 0.5$  y  $3.1 \pm 1.6$ , respectivamente. Las categorías más prevalentes fueron las cardiopatías (prevalencia del 69.9%), enfermedades neurológicas (36.3%), arteriopatía periférica/diabetes con repercusión visceral (35.5%), enfermedades respiratorias (26%), y la enfermedad osteoarticular (26.1%). La media de la puntuación basal en el I. Barthel, Charlson, Pfeiffer, y Gijón fue  $70 \pm 33$ ,  $3.2 \pm 1.5$ ,  $2.5 \pm 3.2$ , y  $9.9 \pm 3$ , respectivamente. El número de ingresos en los 12 meses previos a la inclusión fue  $0.7 \pm 1.25$ , y el 10.6%/27.8% sufrió delirium en el último ingreso/más de una caída en el último año. La mortalidad de la cohorte a los 12 meses de seguimiento fue del 18.9%. La mortalidad en los grupos de riesgo fue del 7% para los pacientes con 0-2 puntos; 24.7% para aquéllos con 3-6 puntos; 31.8% para aquéllos con 7-10 puntos; y 33% para los que alcanzaron 11 o más puntos, respectivamente. La calibración fue buena (bondad de ajuste de la probabilidad pronosticada mediante el test de Hosmer-Lemeshov,  $p = .128$ ), así como el poder discriminativo que obtuvo un área bajo la curva de 0.705 ( $p < .0001$ ). La calibración del índice de Charlson en la cohorte fue subóptima (bondad de ajuste de la probabilidad pronosticada mediante el test de Hosmer-Lemeshov,  $p = .03$ ), y el poder discriminativo pobre (área bajo la curva 0.53,  $p = .57$ ).

**CONCLUSIONES**

El índice PROFUND mantiene una buena precisión en la estratificación del riesgo de mortalidad al año en poblaciones de PPP de Atención Primaria.

**EA-06 DERIVACIÓN Y VALIDACIÓN DE UN NUEVO MODELO PRONÓSTICO PARA PACIENTES PURIPATOLÓGICOS: ÍNDICE PROFUND**

M. Bernabeu Wittel, M. Ollero Baturone, L. Moreno Gaviño, B. Barón Franco, C. Ramos Cantos, A. Fernández Moyano, A. Escalera Zaldive  
 En representación de los Investigadores del Proyecto PROFUND. Grupo de Paciente Pluripatológico y Edad Avanzada. SEMI

**OBJETIVOS**

Objetivo fue desarrollar un nuevo índice pronóstico de mortalidad a 12 meses específicamente diseñado para PP.

**MATERIAL Y MÉTODO**

El índice pronóstico se desarrolló en 1.632 PP reclutados al alta hospitalaria, en consultas externas, ó durante el seguimiento en hospitalización domiciliaria, de 36 hospitales españoles. Los factores de riesgo potenciales de mortalidad a los 12 meses de seguimiento se obtuvieron de los datos clínicos multidimensionales en los 1.525 PP (93.44% de los reclutados) que finalizaron el seguimiento. A cada factor asociado independientemente a la mortalidad en la cohorte de derivación (757 pacientes de los hospitales de la mitad occidental del país) se le asignó un peso pronóstico en función de su odds ratio; posteriormente la puntuación total del índice PROFUND se calculó para cada paciente sumando los puntos de cada factor pronóstico. La precisión del índice se evaluó en la cohorte de validación (768 pacientes de los hospitales de la mitad occidental del país) analizando su calibración (calculando los cuartiles de riesgo de mortalidad comparativa, y la bondad de ajuste mediante el test de Hosmer-Lemeshow); y su poder discriminativo (mediante curvas ROC y cálculo del área bajo la curva). Finalmente se comparó la precisión del índice PROFUND con la obtenida con el índice de Charlson en toda la cohorte.

**RESULTADOS**

La mortalidad en las cohortes de derivación/validación fue 35%/39.5%, respectivamente. Se identificaron nueve factores predictores independientes con los que se construyó el índice ponderando su peso (edad  $\geq 85$  años, 3 puntos; cuidador principal distinto de cónyuge, 2 puntos; neoplasia activa, 6 puntos; demencia, 3 puntos; disnea clase III-IV de la NYHA y/o MRC, 3 puntos; delirium en último ingreso hospitalario, 3 puntos; hemoglobinemias  $< 10\text{g/dL}$ , 3 puntos; índice de Barthel  $< 60$ , 4 puntos;  $\geq 4$  ingresos hospitalarios en los 12 meses previos, 3 puntos). La mortalidad en los grupos de riesgo de las cohortes de derivación/validación fue 12.1%/14.6% para los pacientes con 0-2 puntos; 21.5%/31.5% para aquéllos con 3-6 puntos; 45%/50% para aquéllos con 7-10 puntos; y 68%/61.3% para los que alcanzaron 11 o más puntos, respectivamente. La calibración fue buena en ambas cohortes (bondad de ajuste de la probabilidad pronosticada mediante el test de Hosmer-Lemeshov,  $p = .43/p = .07$ ), así como el poder discriminativo que obtuvo un área bajo la curva de  $0.77[0.731-0.805]/0.7[0.67-0.74]$  en la cohorte de derivación/validación, respectivamente. La calibración del índice de Charlson en la cohorte global fue buena (bondad de ajuste de la probabilidad pronosticada mediante el test de Hosmer-Lemeshov,  $p = .87$ ), pero el poder discriminativo pobre (área bajo la curva 0.59 [0.56-0.62]). Estos resultados del Proyecto PROFUND se van a enviar para su posible presentación simultánea en los congresos de otras sociedades autonómicas de Medicina Interna de España.

**CONCLUSIONES**

Este nuevo índice pronóstico, basado en variables clínicas simples, implementa un método preciso y transportable para estratificar el riesgo de mortalidad al año en poblaciones hospitalarias de PP.

**EA-07 DETERIORO FUNCIONAL EVOLUTIVO DE PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS.****RESULTADOS A UN AÑO DE SEGUIMIENTO DEL PROYECTO PROFUND**

L. Moreno Gaviño, M. Bernabeu Witell, M. Ollero Baturone, P. Giner, M. Cassani Garza, M. Nieto Martín, P. Retamar Gentil

En representación de Investigadores del Proyecto PROFUND. Grupo de Paciente Pluripatológico y Edad Avanzada. SEMI

**OBJETIVOS**

Analizar el deterioro funcional para las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y sus predictores en el seguimiento a 12 meses en pacientes pluripatológicos (PP) incluidos en el estudio PROFUND.

**MATERIAL Y MÉTODO**

Estudio prospectivo observacional transversal en el que incluyeron a PP (según la definición vigente desde 2007) de 36 hospitales españoles pertenecientes a 11 Autonomías, entre Febrero 2007 y Junio 2008. Evaluación del perfil funcional para las ABVD mediante el índice de Barthel (IB) en situación basal y a los 12 meses. Análisis de los factores asociados al deterioro funcional (caída de  $\geq 10$ ,  $\geq 20$  y  $\geq 30$  puntos en el IB, respectivamente). Para el análisis univariado se utilizaron los test de Chi<sup>2</sup>, ANOVA y post-hoc de Tukey y T3-Dunnett, Kruskal-Wallis y U de Mann-Whitney, y para el multivariado la regresión logística paso a paso hacia atrás (paquete SPSS 16.0); considerándose el dintel de significación estadística con  $p < .05$ .

**RESULTADOS**

De los 1.632 PP incluidos, 1.525 (93.44%) finalizaron el seguimiento. La mortalidad global de la cohorte fue el 37.2%. El IB basal y a los 12 meses de los 958 pacientes supervivientes fue 85 (rango intercuartil [RIC]=35), y 70 (RIC=40), respectivamente. La caída media de puntuación en el IB se situó en 11.7 $\pm$ 24 puntos (477 pacientes [49.8%], 353[36.8%], y 266[27.8%] presentaron una caída de  $\geq 10$ ,  $\geq 20$  y  $\geq 30$  puntos en el IB, respectivamente). Las dimensiones más afectadas en el deterioro funcional (porcentaje de pacientes con algún nivel de dependencia basal/algún nivel de dependencia a los 12 meses) fueron el uso del retrete (26.7%/53.4%), el arreglarse (17.6%/34.1%), vestirse (40.7%/55.5%), el baño (43.1%/57.8%), la micción (30%/40%), la alimentación (16.8%/26.1%), y las deposiciones (21.2%/28.6%), siendo menor en subir escaleras (58.8%/64%), transferencia cama-silla (37.1%/39%), y la deambulación (42%/43%). Los factores asociados de forma independiente a la caída de  $\geq 10$  puntos en el IB fueron el sexo femenino ( $p = .001$ ; OR 1.64 [1.23-2.17]), requerir cuidador principal ( $p = .003$ ; OR 1.56 [1.16-2.08]), y un IMC $<25$  ( $p = .03$ ; OR 1.42 [1.03-1.96]); los asociados a caídas de  $\geq 20$  puntos fueron requerir cuidador principal ( $p = .001$ ; OR 1.7 [1.25-2.4]), un IMC $<25$  ( $p = .059$ ; OR 1.37 [0.99-1.9]), niveles de albuminemia $<3g/dL$  ( $p = .034$ ; OR 1.47 [1.03-2.1]), y haber presentado delirium en el último ingreso ( $p = .047$ ; OR 1.7 [1.01-2.8]); y el asociado a caídas de  $\geq 30$  puntos tan sólo niveles de albuminemia $<3g/dL$  ( $p = .033$ ; OR 1.5 [1.03-2.1]). Estos resultados del Proyecto PROFUND se van a enviar para su posible presentación simultánea en los congresos de otras sociedades autonómicas de Medicina Interna de España.

**CONCLUSIONES**

El deterioro funcional para las ABVD de la muestra de base hospitalaria de PP durante 12 meses, se sitúa en una media de 10 puntos del índice de Barthel, siendo las dimensiones más afectadas las relacionadas con el uso del baño-retrete y el arreglo personal.

**EA-08 FACTORES ASOCIADOS A LAS NECESIDADES DE HOSPITALIZACIÓN****DURANTE UN AÑO DE SEGUIMIENTO DE PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS**

B. Barón Franco, C. Ramos Cantos, M. Romero Jiménez, V. Rodríguez Martínez, T. Martínez, M. Bayón Sayago, C. Luque Amado

En representación de los Investigadores del Proyecto PROFUND. Grupo de Paciente Pluripatológico y Edad Avanzada. SEMI

**OBJETIVOS**

Analizar las necesidades de hospitalización y sus predictores en el seguimiento a 12 meses en pacientes pluripatológicos (PP) incluidos en el estudio PROFUND.

**MATERIAL Y MÉTODO**

Estudio prospectivo observacional transversal en el que incluyeron a PP (según la definición vigente desde 2007) de 36 hospitales españoles pertenecientes a 11 Autonomías, entre Febrero 2007 y Junio 2008. Evaluación del número de ingresos hospitalarios durante los 12 meses de seguimiento. Análisis de los factores asociados a haber requerido 2 ó más ingresos hospitalarios durante los 12 meses de seguimiento ó hasta el fallecimiento. Para el análisis univariado se utilizaron los test de Chi<sup>2</sup>, ANOVA y post-hoc de Tukey y T3-Dunnett, Kruskal-Wallis y U de Mann-Whitney, y para el multivariado la regresión logística paso a paso hacia atrás (paquete SPSS 16.0); considerándose el dintel de significación estadística con  $p < .05$ .

**RESULTADOS**

De los 1.632 PP incluidos, 1.525 (93.44%) finalizaron el seguimiento. La mortalidad global de la cohorte fue el 37.2%. La mediana de ingresos durante el seguimiento fue 1 (rango intercuartil [RIC]=2), requirieron dos ó más ingresos 405 pacientes (el 26.6%). Los pacientes que requirieron 2 ó más ingresos durante el seguimiento tenían una edad de 78.5 $\pm$ 9 años, y el 53% eran varones. La media de categoría de inclusión fue 2.8 $\pm$ 0.8/paciente siendo las más frecuentes las enfermedades cardiológicas (83.5%), seguidas de las respiratorias (50%), renales (36%), las neurológicas (29%), las neoplasias/hemopatías (29%), y la arteriopatía periférica/diabetes con repercusión visceral (28%); la media de comorbilidades asociadas fue 3.1 $\pm$ 1.7 siendo las más frecuentes la HTA (72%), seguida de la fibrilación auricular (35%), dislipemia (29%), diabetes sin repercusión visceral (28%), el síndrome ansiosodepresivo (13.1%), y la enfermedad péptica/reflujo gastroesofágico (10.5%). La puntuación media del índice de Barthel, Lawton-Brody, Pfeiffer, Gijón y del Charlson fue 73 $\pm$ 28, 3.6 $\pm$ 2.5, 1 (RIC=2), 10.4 $\pm$ 3.1, y 6.6 $\pm$ 4.4, respectivamente. El 50.4% presentaban grados de disnea 3-4 de la NYHA/MRC, teniendo oxigenoterapia domiciliar el 24%. El 8% había desarrollado delirium en el último ingreso y el 16% tuvo más de una caída el año previo a su inclusión. Los factores asociados de forma independiente a la necesidad de 2 ó más ingresos durante el seguimiento fueron la insuficiencia cardíaca ( $p < .0001$ ; OR 1.9 [1.43-2.52]), la presencia de neoplasia activa ( $p = .036$ ; OR 1.4 [1.02-1.9]), estar en clase funcional 3 ó 4 de la NYHA/MRC ( $p = .016$ ; OR 1.36 [1.06-1.79]), y un grado de deterioro cognitivo al menos moderado (5 ó más errores en la escala de Pfeiffer) ( $p = .02$ ; OR 1.66 [1.2-2.28]). Estos resultados del Proyecto PROFUND se van a enviar para su posible presentación simultánea en los congresos de otras sociedades autonómicas de Medicina Interna de España.

**CONCLUSIONES**

Más de la cuarta parte de los PP tuvieron dos o más hospitalizaciones en 12 meses; siendo los factores de riesgo para ésta, la insuficiencia cardíaca, la presencia de neoplasia activa, estar en clase funcional 3 ó 4 de la NYHA/MRC y el deterioro cognitivo al menos moderado.



**EA-09 EFECTO DEL TRATAMIENTO NO BRONCODILATADOR SOBRE LA SUPERVIVENCIA EN PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA**

C. Luque Amado, A. Fernández Moyano, J. Galindo Ocaña, V. Rodríguez Martínez, M. Rincón Gómez, M. Godoy, M. Aguayo Canela  
 En representación de los Investigadores del Proyecto PROFUND. Grupo de Paciente Pluripatológicos y Edad Avanzada. SEMI

**OBJETIVOS**

Valorar el efecto de que el uso de diferentes fármacos sin efecto broncodilatador tiene sobre la supervivencia en pacientes pluripatológicos (PP) con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).

**MATERIAL Y MÉTODO**

Estudio prospectivo observacional transversal en el que incluyeron a PP (según la definición vigente desde 2007) de 36 hospitales españoles pertenecientes a 11 Autonomías, entre Febrero 2007 y Junio 2008. Se ha estudiado el subgrupo de PP con EPOC incluidos en el proyecto. En el momento de inclusión en el estudio se recogió el uso de inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina (IECA) o antagonistas del receptor de la angiotensina 2 (ARA-2), betabloqueantes, diuréticos, hipolipemiantes, antiagregantes plaquetarios, antidepressivos. Posteriormente se ha realizado el seguimiento de los pacientes durante un año. La comparación de variables cuantitativas se ha realizado con test t de Student, la comparación de variables cualitativas con el test de X<sup>2</sup> y el análisis de supervivencia con el test de regresión de Cox.

**RESULTADOS**

Se han incluido 688 PP con EPOC, 71,4 % varones y 28,6 % mujeres, con una edad media de 77,9 ± 9,6 años. De ellos 435 (63,2%) estaban en tratamiento con IECA/ARA-2, 161 (23,4%) con betabloqueantes, 492 (71,5) con diuréticos, 344 (50%) con antiagregantes plaquetarios, 216 (31,4%) con hipolipemiantes y 68 (9,9%) con antidepressivos. Al cabo de un año fallecieron 258 pacientes (37,5%). Los pacientes fallecidos eran de mayor edad (79,7±9,3 vs 76,9±9,6 años; p=0,0002). La supervivencia fue mayor en los pacientes que tomaban IECA/ARA-2 (66,7 % vs 55,3%; p=0,003), y menor en los que tomaban diuréticos (40,0% vs 31,1%; p=0,03). No hubo diferencia en los que tomaban antiagregantes plaquetarios (38,1% vs 36,9%; p=0,75), hipolipemiantes (33,3% vs 39,4%; p=0,13) ni antidepressivos (29,4% vs 38,4%; p=0,15). En el análisis multivariante la mortalidad estuvo asociada con la edad (HR 1,03, IC 85% 1,01-1,04; p=0,0001), el uso de IECA/ARA-2 (HR 0,63, IC 95% 0,49-0,81; p=0,0003) y el uso de diuréticos (HR 1,54, IC 95% 1,15-2,06; p=0,004). Estos resultados del Proyecto PROFUND se van a enviar para su posible presentación simultánea en los congresos de otras sociedades autonómicas de Medicina Interna de España.

**CONCLUSIONES**

En pacientes pluripatológicos con EPOC el uso de IECA/ARA-2 se asocia con una mayor supervivencia al cabo de un año y el uso de diuréticos se asocia con mayor mortalidad.

**EA-10 EFECTO DE LA ANEMIA Y EL DETERIORO DE LA FUNCIÓN RENAL EN PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA**

J. Galindo Ocaña, A. Escalera Zaldive, M. Maíz Jiménez, N. Ramírez Duque, M. Montero Pérez-Barquero, A. Ruiz Cantero, F. Díez  
 En representación de los investigadores del Proyecto PROFUND. Grupo de Paciente Pluripatológico y Edad Avanzada. SEMI

**OBJETIVOS**

Determinar si la coexistencia de anemia y/o deterioro de la función renal influyen sobre la mortalidad en pacientes pluripatológicos (PP) con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).

**MATERIAL Y MÉTODO**

Estudio prospectivo observacional transversal en el que incluyeron a PP (según la definición vigente desde 2007) de 36 hospitales españoles pertenecientes a 11 Autonomías, entre Febrero 2007 y Junio 2008. Se ha estudiado el subgrupo de PP con EPOC incluidos en el proyecto. En el momento de inclusión en el estudio se recogieron las cifras de hemoglobina y creatinina. Para el cálculo de la tasa de filtración glomerular (TFGe) se ha utilizado la fórmula MDRD-4. Se ha diagnosticado la anemia siguiendo los criterios de la OMS (Hb < 13 g/dL en varones y < 12 g/dL en mujeres) y el deterioro de la función renal cuando la TFGe menor de 60 mL/min. Posteriormente se ha realizado el seguimiento de los pacientes durante un año. La comparación de variables cuantitativas se ha realizado con test t de Student, la comparación de variables cualitativas con el test de X<sup>2</sup> y el análisis de supervivencia con el test de regresión de Cox.

**RESULTADOS**

Se han incluido 474 (71,2 %) varones y 192 (28,8 %) mujeres PP con EPOC (edad media de 78,0±9,6 años). De ellos 410 (61,6%) tenían anemia y 297 (44,6%) deterioro de la función renal. Los pacientes con anemia eran de mayor edad (78,9±9,2 vs 76,5±9,9 años; p=0,002). Los pacientes con anemia tienen mayor mortalidad al cabo de un año (42,9% vs 28,1%; p=0,0001) pero no los pacientes con deterioro de la función renal (38,4% vs 36,3%; p=0,58). En el análisis multivariante la mortalidad estuvo asociada con la edad (HR 1,03, IC 95% 1,01-1,04; p=0,0005) y con la anemia (HR 1,65, IC 95% 1,25-2,18; p=0,0004). Estos resultados del Proyecto PROFUND se van a enviar para su posible presentación simultánea en los congresos de otras sociedades autonómicas de Medicina Interna de España.

**CONCLUSIONES**

En los pacientes pluripatológicos con EPOC la presencia de anemia se asocia con mayor mortalidad a un año pero no la existencia de deterioro de la función renal.

### EA-11 ¿ES POSIBLE LA ESTIMULACIÓN COGNITIVA AMBULATORIA EN UN ÁREA RURAL?: EXPERIENCIA DESDE EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DE UN HOSPITAL COMARCAL

L. Castilla Guerra<sup>1</sup>, M. Borges Guerra<sup>2</sup>, E. Dominguez Vazquez<sup>2</sup>, M. Fernández Moreno<sup>3</sup>, J. Álvarez Suero<sup>1</sup>, E. Carmona Nimo<sup>1</sup>, F. Pozuelo del Rosal<sup>1</sup>, J. Marín Martín<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Neuropsicología. Medicina Interna. Hospital de la Merced. Osuna (Sevilla)

<sup>3</sup>Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Nuestra Señora de Valme. Sevilla

#### OBJETIVOS

Desde hace 6 años desde el Servicio de Medicina Interna del Hospital de Osuna existe una consulta monográfica de Neuropsicología con el fin de realizar valoración y estimulación cognitiva a pacientes con demencias. Nos planteamos valorar, en base a nuestra experiencia, si es realmente posible aplicar un programa de estimulación cognitiva ambulatoria en un área rural

#### MATERIAL Y MÉTODO

Análisis retrospectivo de los pacientes valorados en la consulta de Neuropsicología, dependiente del Servicio de Medicina Interna del Hospital de Osuna, Sevilla, entre los años 2004 a 2009.

#### RESULTADOS

Durante estos seis años se valoraron 403 pacientes. Sólo 17 (4,2%) no quisieron ser incluidos en el programa, principalmente por problemas de apoyo familiar y de transporte. La edad media era de 78 (DS 11) años, y el 55% eran mujeres. El diagnóstico principal fue DTA (Demencia Tipo Alzheimer) con 224 (58%) pacientes, seguido de 27 (7%) pacientes con demencia vascular, 27 (7%) pacientes con demencia mixta, el resto, 105 (27%) pacientes, correspondía a casos de deterioro cognitivo ligero, demencias frontotemporales (DFT), demencias por cuerpos de Lewy (DCL), y otras causas inusuales de demencias. De las DTA: 91 (40,6%) pacientes estaban en estadio GDS 4, 35 (15,6%) GDS 4-5, 48 (21,4%) GDS 5, y 50 (22,3%) en GDS 6. De todos los pacientes incluidos, 251 (65%) acudieron a las consultas de forma regular (>2 consultas), mientras que 135 (35%) sólo acudieron a 1 o 2 consultas. De una muestra de 80 pacientes de inclusión reciente con tratamiento farmacológico y cognitivo, y seguimiento durante un año, 10 (12,5%) mejoraron en los test cognitivos, 54 (67,5%) estaban estables, y sólo 16 (20%) habían empeorado.

#### DISCUSIÓN

Las demencias son un problema de primer orden a nivel mundial. En España más de 600.000 personas padecen la enfermedad de Alzheimer y se prevé que el número de demencias siga creciendo. La estimulación cognitiva, engloba todas aquellas actividades que se dirigen a mejorar el funcionamiento cognitivo en general (memoria, lenguaje, atención, concentración, razonamiento, abstracción, operaciones aritméticas y praxias) por medio de programas de estimulación. Desde hace 6 años desde nuestro servicio se realiza un programa novedoso de estimulación cognitiva en la comarca de Osuna con el fin de mejorar la atención de nuestros pacientes con demencia. Como mostramos en los resultados, la experiencia es muy positiva y fructífera.

#### CONCLUSIONES

La estimulación cognitiva ambulatoria en un área rural es una opción factible y útil en pacientes con demencia. Dos de cada tres enfermos van a asistir a la consulta de forma continuada. La gran mayoría de los enfermos mantienen su nivel cognitivo al cabo del año.

### Gestión Clínica (G)

#### G-01 ANÁLISIS DE LOS MOTIVOS DE CONSULTA EN LA CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA INTERNA DE UN HOSPITAL COMARCAL

M. Barón Ramos, M. Maíz Jiménez, M. González Benítez, M. Grana Costa, A. Ruiz Cantero  
Servicio de Medicina Interna. Hospital de la Serranía. Ronda (Málaga)

#### OBJETIVOS

Describir el perfil del paciente que se atiende en la Consultas de MI de nuestro hospital, así como, los motivos de consulta más frecuentes.

#### MATERIAL Y MÉTODO

Se analizaron un total de 307 atenciones como "nuevos" de la Consulta Externa de MI de nuestro hospital que quedaron registradas informativamente durante los meses de noviembre 2009 a enero 2010. Las variables estudiadas fueron: sexo, edad, origen de la derivación, motivo de la consulta, grupo de patología consultada y si el paciente había sido estudiado previamente por el mismo motivo.

#### RESULTADOS

Se atendieron a 193 mujeres (62.9%) y a 114 hombres (37.1%) con una edad media de  $54.68 \pm 21.01$  años (rango entre 12 y 92). La derivación procedía de: Atención Primaria 80.1%, Urgencias 9.8%, Traumatología 5.9%, Oftalmología 1.3% y otros en un 2%. Los motivos de consulta fueron: Cefalea 19.9%, Dolores generalizados 15.3%, Deterioro Cognitivo 10.4%, Mareo-Inestabilidad 8.8%, Elevación de la Creatinina 4.2%, Temblor 2.9%, Hipertensión 2%, Síncope 2% y otros en un 34.6% donde se incluye una patología muy variada, dispersa y en ocasiones inadecuada (terrores nocturnos, deseo de saber si se padece cáncer, mala relación familiar, molestias en un ojo por las tardes, etc.). Al agruparse por grupos de patología obtuvimos que los motivos de derivación fueron principalmente Neurológicos (49.2%), seguido de patología del Aparato Locomotor (15.3%), grupo Inclasificable (8.5%), Medicina Interna (7.2%), Nefrología (6.8%), Psiquiatría (3.9%) y otros (8.8%). Encontramos que en un 19.5% de los casos, los pacientes habían sido derivados por el mismo motivo con anterioridad (varones 14.9% y mujeres 22.3%). Al categorizar a las pacientes en menores o igual a 50 años, observamos que el porcentaje de mujeres ascendía a un 71% (93 casos) mientras que los varones descendían a un 29% (38 casos). El resto de variables no cambiaron de forma significativa. La edad media de los pacientes derivados por Deterioro Cognitivo fue de  $78.34 \pm 6.52$  (rango de 66 a 92).

#### DISCUSIÓN

Hay escasos estudios en la literatura sobre el análisis del perfil de los pacientes que se atiende en una determinada área sanitaria. Nos parece muy interesante saber y conocer lo que hacemos en nuestro ámbito laboral para poder optimizar nuestra labor asistencial, detectando posibles mejoras y reforzando las atenciones adecuadas.

#### CONCLUSIONES

- El perfil más frecuente de paciente atendido en nuestras consultas es una mujer de mediana edad, que procede de AP, con dolor y que en una quinta parte ya ha sido valorada por el mismo motivo.
- El Dolor y concretamente la Cefalea es el motivo de consulta predominante.
- Atendemos un gran porcentaje de patología de perfil neurológico, la gran mayoría, sin datos de gravedad. -En un tercio de los casos la patología remitida se considera inclasificable y/o inadecuada con una intencionalidad de consulta incierta.



**G-02 ANÁLISIS DEL PROTOCOLO DE EVALUACIÓN DE LA DISPEPSIA DESDE ATENCIÓN PRIMARIA EN EL ÁREA SANITARIA DEL ALJARAFE DE SEVILLA**

J. Fernández Rivera<sup>1</sup>, A. Ramos Guerrero<sup>1</sup>, F. García Fernández<sup>2</sup>, C. Conde Guzmán<sup>1</sup>, R. Fernández Ojeda<sup>1</sup>, C. Escorial Moya<sup>1</sup>, Y. Marín Fernández<sup>1</sup>, A. Fernández Moyano<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Unidad de Digestivo. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos (Sevilla)

**OBJETIVOS**

Analizar los resultados del protocolo de evaluación conjunta de la dispepsia entre atención primaria (AP) y atención especializada del Hospital San Juan de Dios del Aljarafe durante el año 2009.

**MATERIAL Y MÉTODO**

En el año 2008 se implantó un protocolo de evaluación de la dispepsia a través del cual se ofrece a los pacientes evaluados en AP con esta patología la posibilidad de realizarse una gastroscopia en nuestro hospital sin necesidad de evaluación especializada previamente. La indicación de dicha prueba se establece en las sesiones clínicas compartidas entre los médicos de AP y los médicos internistas de referencia de cada zona básica de salud. Los resultados son enviados al médico de AP que solicita la prueba, junto con el informe de anatomía patológica en el caso de haberse realizado estudio histológico. Los pacientes con patología de gravedad son remitidos desde la unidad de Digestivo que realiza la prueba a consultas externas del hospital para evaluación especializada.

**RESULTADOS**

Durante el año 2009 se realizaron un total 247 gastroscopias solicitadas desde AP. Treinta y seis pruebas no se realizaron una vez solicitadas, en 28 casos por falta de asistencia del paciente y en 8 por otras causas (negativa del paciente o intolerancia a la prueba). De los 247 pacientes estudiados, 156 (63,1%) fueron mujeres. La mediana de edad (Q1-Q3) fue de 44 (34-56) años. Los diagnósticos endoscópicos más frecuentes fueron: 1) Gastroscopia normal: 46 casos (18,6%); 2) Hernia de Hiato no complicada: 82 casos (33,2%); 3) Hernia de hiato con signos de reflujo gastroesofágico: 40 casos (16,2%); 4) Gastritis crónica: 51 casos (20,6%); 5) Gastritis o Duodenitis erosiva: 18 casos (7,3%). En 27 (11%) pacientes se registró más de un diagnóstico endoscópico. En 43 (17,4%) pacientes el endoscopista decidió realizar estudio histológico. No se registró ninguna complicación relevante. Tras la realización de la prueba, 8 (3,2%) pacientes fueron derivados de forma preferente a consulta especializadas del hospital.

**DISCUSIÓN**

La dispepsia es un motivo frecuente de consulta en AP, suponiendo un importante número de derivaciones hospitalarias. La endoscopia digestiva es una prueba diagnóstica imprescindible en determinados casos, que permite concluir en muchas ocasiones el proceso de diagnóstico de esta patología. Una adecuada accesibilidad y aceptación de este modelo tanto del médico de AP como de los pacientes podría reducir la necesidad de evaluación hospitalaria de esta patología.

**CONCLUSIONES**

El protocolo de evaluación de la dispepsia entre AP y atención hospitalaria se muestra como una herramienta útil y segura en nuestra área, permitiendo un estudio eficiente de esta patología. Encontramos gran aceptación por parte de la población estudiada así como de los médicos de AP. La baja tasa de hallazgos patológicos de gravedad permite concluir el estudio en AP sin necesidad de visitas repetidas al hospital en la mayoría de los casos.

**G-03 FERROTERRAPIA INTRAVENOSA: ANÁLISIS DESCRIPTIVO Y PROPUESTAS DE MEJORA EN EL USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS EN EL HOSPITAL DE DÍA**

R. Terán Redondo<sup>1</sup>, M. Martínez Risquez<sup>1</sup>, J. Varela Aguilar<sup>2</sup>, I. Martín Garrido<sup>1</sup>, A. López Suárez<sup>1</sup>, M. Díaz Torres<sup>1</sup>, S. Romero Carmona<sup>3</sup>, J. López Chozas<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>CIBER Epidemiología y Salud Pública, <sup>3</sup>Enfermería UCAMI. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla

**OBJETIVOS**

El hierro intravenoso (HI) es una alternativa terapéutica eficaz y segura para corregir el déficit de hierro en situaciones especiales intentando evitar la transfusión de hemoderivados. Habitualmente se administra como hierro sacarosa pero ahora disponemos de una presentación de hierro carboximaltosa que permite administrar dosis más elevadas en menos tiempo pero con un coste superior. Por esto hemos revisado la utilización del HI en el Hospital de Día Médico (HDM) en un intento de optimizar el uso racional de medicamentos. El objetivo del estudio fue realizar un análisis descriptivo de la utilización de HI en un HDM y efectuar propuestas de mejora en el uso racional de estos fármacos y en la gestión de la unidad.

**MATERIAL Y MÉTODO**

Analizamos la administración de HI en forma de hierro sacarosa en el HDM en los primeros 6 meses de funcionamiento de la unidad. Evaluamos el número de pacientes y sesiones así como la dosificación administrada (200 mg ó 100 mg por sesión). Se establecieron unos criterios teóricos para transferir pacientes tratados con hierro sacarosa a carboximaltosa y calcular el número de pacientes para esta nueva presentación farmacéutica. Estos criterios fueron: a) Déficit de hierro superior a 500 mg, como criterio mayor; b) Necesidad de traslados en ambulancia; c) Elevada dependencia de familiares para traslado a HDM; d) Pacientes con limitación de accesos venosos (prediálisis, linfedema por vaciamiento ganglionar, quimioterapia); e) Necesidad de corregir el déficit de hierro de forma rápida (sangrado activo, cirugía programada no demorable, cardiopatía isquémica, insuficiencia cardiaca).

**RESULTADOS**

En este periodo se realizaron 970 sesiones de administración de HI correspondientes a 217 pacientes (media 4.55 sesiones/paciente). Este procedimiento terapéutico representó el 40% de toda la actividad del HDM. La distribución de la dosificación se recoge en la tabla. Con los criterios propuestos estimamos que el 63% de los pacientes podrían tratarse con hierro carboximaltosa frente al 37% que se mantendría con sacarosa.

**CONCLUSIONES**

Los pacientes tratados con hierro sacarosa en el HDM tienen una elevada frecuentación, lo que implica, en ocasiones, un alto consumo de recursos y unos costes (directos e indirectos) elevados. La transferencia de tratamientos de hierro sacarosa a carboximaltosa con unos criterios preestablecidos podría mejorar el consumo de recursos y el rendimiento del HDM.

Tabla

Dosis de Hierro Sacarosa	de 200 mg	de 100 mg	Total
Procedimientos Hierro IV	659	311	970
Pacientes (n)	152	65	217
Media de sesiones/pte	4.33	4.78	4.55
Dosis media de hierro por pte (mg)	866	478	764.08

#### G-04 ¿DAMOS IMPORTANCIA A LA REVISIÓN DE LAS TRANSCRIPCIONES PREVIAMENTE A LA ADMINISTRACIÓN DE TRATAMIENTOS?

T. Cano Rodríguez, C. Ridruejo Delgado, R. Arregui Perez, I. Sánchez Berna, A. Díaz Cira, E. Jiménez Sequera, M. Raposo Fernández, M. Bellido Camacho  
UCAMI. Complejo Hospitalario Virgen del Rocío. Sevilla

##### OBJETIVOS

En el contexto de la creciente preocupación por el empleo de estrategias encaminadas a proporcionar una asistencia segura y confiable los informes de IOM, la OMS y el Consejo de Europa, transmiten que los profesionales de enfermería juegan un importante papel en la seguridad del paciente respecto a los EM, porque actúan como "filtro" de errores cometidos por otros profesionales. Su posición en la cadena terapéutica del fármaco la sitúa en un lugar privilegiado para detectar EM producidos en la prescripción médica, transcripción y dispensación desde el servicio de farmacia. Objetivo General: Evaluar los errores detectados en las transcripciones de los tratamientos prescritos. Objetivos operativos: 1. Describir el número y características de errores señalados en los registros 2. Describir los tipos más concurrentes de errores 3. Analizar las principales causas de estos errores.

##### MATERIAL Y MÉTODO

Método. Estudio descriptivo observacional. Periodo de estudio: Julio del 09 - Enero 2.010. Ámbito de estudio: Unidad Clínica de Atención Médica Integral. HH.UU. Virgen del Rocío. Muestra: Se han revisados 82 cuestionarios. Recogida de datos: se ha utilizado un cuestionario autodiseñado con ítems 17 que contempla las siguientes Determinaciones: día de la transcripción (3); características de los errores (9) y causas del error<sup>5</sup>.

##### RESULTADOS

En la revisión cuestionarios, hemos detectado: 223 errores de transcripción. Las características de estos errores son: Omisión de dosis un 28%; Las dosis transcritas aparecían incorrectamente un 19.5%; La Medicación suspendida no había sido retirada un 13% de las veces. Y es importante reseñar que un 6% de las veces el medicamento transcrito era erróneo. Las principales causas de los errores señaladas son: Problemas de interpretación de las prescripciones un 36%; Inercia del sistema 22%; Fallos en la comunicación/información entre profesionales implicados 17%. Los días en que se han detectado los errores son: de Lunes a Jueves el 52% de las veces; Viernes un 28% y Festivos un 21%. En este sentido, hemos de destacar, que es alto el N° de errores en esta última fracción si tenemos en cuenta que nos estamos refiriendo a posibles transcripciones por ingresos y/o cambios puntuales en los Tratamientos.

##### CONCLUSIONES

Leape, ya señalaba que la enfermera era capaz de interceptar el 86% de los EM producidos en el proceso de utilización del fármaco. En estudios más actuales se sigue constatando este aspecto del cuidado enfermero en cuanto a la seguridad de sus pacientes. Por tal motivo, los registros para revisar las transcripciones deben estar integrados en el proceso de atención y realizarse estrictamente. Es fácil concluir, que una plantilla de enfermería estable, adaptada a las necesidades de salud del usuario, motivada y convenientemente formada puede ser decisiva en un aspecto esencial del cuidado como es la seguridad en el uso terapéutico del fármaco.

#### G-05 CALIDAD DEL INFORME DE MORTALIDAD DE UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA. POSIBILIDADES DE MEJORA

I. Márquez Gómez, L. Valiente de Santis, D. Narankiewicz, F. Salgado Ordóñez, B. Sobrino Díaz, Ayala Gutiérrez, R. Gómez Huelgas  
Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Carlos Haya. Málaga

##### OBJETIVOS

Describir la calidad de la información recogida en los informes de mortalidad de nuestro servicio. Plantear medidas de mejora en su caso.

##### MATERIAL Y MÉTODO

Se analizan todos los informes de mortalidad redactados en el año 2008 de pacientes fallecidos durante ese año en el Servicio de Medicina Interna del Hospital General del Complejo Hospitalario Carlos Haya. Estándares de calidad principales (datos del CMBD): nombre, apellidos, N° de Historia, género, edad, fecha de ingreso y de alta, motivo de ingreso y de alta, diagnóstico principal y secundarios e identificación del médico responsable. Estándares de calidad accesorios (orden lógico): Antecedentes personales, enfermedad actual, exploración física, curso clínico, causa fundamental e inmediata de la muerte. Las variables que se analizan son la experiencia profesional del médico firmante y patología causante del éxitus.

##### RESULTADOS

En 2008 hubo 126 fallecimientos de un total de 1554 ingresos en nuestro servicio, lo que representa una mortalidad del 8,1%. Se pudieron analizar 108 informes (85,7%). El grado de cumplimentación de los estándares principales y secundarios se recoge en las tablas 1 y 2. Se observa una baja cumplimentación en lo que se refiere a diagnóstico principal, secundario, así como exploración física, pruebas complementarias y curso clínico. No encontramos relación ni con los años de experiencia del facultativo responsable ni con la causa de la muerte.

##### DISCUSIÓN

Observamos gran heterogeneidad en los datos recogidos en los informes de mortalidad de nuestro servicio. Es preciso aumentar la concienciación por parte de los clínicos acerca de la importancia de realizar informes de mortalidad completos y utilizar instrumentos que optimicen su elaboración.

##### CONCLUSIONES

Actualmente el informe de mortalidad no es una herramienta útil para analizar la complejidad de los pacientes que fallecen en nuestro servicio. Hay grandes posibilidades de mejora en este sentido, como utilizar una plantilla con campos predefinidos y la historia clínica digital.

Tabla 1. Estándares de calidad principales

	Nomb	NºH <sup>a</sup>	Géner	Edad	F ingre	F alta	Mot Ing	Mot alta	Dxo prin	Dxo secun	Firma
n	108	108	108	101	108	107	92	105	56	40	108
%	100	100	100	93,5	100	99	85	97	52	37	100

Tabla 2. Estándares de calidad accesorios

	Ant. personales	Pruebas Compl	Expl física	Curso Clín	Causa fund	Causa Inme
n	88	50	54	86	104	96
%	81	46	50	76	96	88,9



**G-06 EFICACIA DE UN PROGRAMA DE IMPLANTACIÓN DEL PROTOCOLO DE INSULINIZACIÓN DEL PACIENTE DIABÉTICO HOSPITALIZADO**

B. Gutiérrez Gutiérrez, M. Rico Lucena, A. Montilla Burgos, L. Martínez Martínez, A. Blanco Becerra, J. Bravo-Ferrer Acosta, J. Reveriego Blanes, M. Aguayo Canela  
Servicio de Medicina Interna "A" - UGC "ATICA". Complejo Hospitalario Virgen Macarena. Sevilla

**OBJETIVOS**

El año 2009 se publicaron, con el respaldo de la SEMI y otras Sociedades Científicas, una guía y un documento de consenso de insulinización en el paciente diabético hospitalizado, que proponían abandonar definitivamente las llamadas "sliding scales" -o pautas móviles según la glucemia del paciente- y usar las pautas basal+bolus (B+B), una combinación de análogos con las correcciones oportunas en la insulina rápida según la glucemia pre-prandial y los requerimientos del enfermo. En nuestro hospital, la Comisión Central de Calidad promovió la implantación de la nueva pauta a finales del año 2008, y nosotros mismos realizamos un trabajo en marzo de 2009 para evaluar su aceptación, encontrando que en los servicios médicos la pauta B+B se utilizaba en el 65,2%, por lo que decidimos poner en marcha un plan de formación de facultativos y enfermeros (sesiones de una hora) y una difusión masiva del protocolo de insulinización en formato de bolsillo y en póster para su colocación en los controles de enfermería. El objetivo de este trabajo ha sido evaluar, un año después, el grado de implantación de la nueva pauta en pacientes hospitalizados en servicios médicos.

**MATERIAL Y MÉTODO**

En la primera semana del mes de marzo de 2010, sin previo aviso, se hizo un estudio de corte transversal evaluando en todos los pacientes ingresados en áreas médicas del área hospitalaria Virgen Macarena (Alergología, Cardiología, Digestivo, Endocrinología, Medicina Interna, Nefrología, Neumología, Neurología y Reumatología) si eran diabéticos y qué tratamiento tenían pautado, registrándose múltiples datos clínicos por profesionales distintos a sus médicos responsables. Hicimos una comparación (chi cuadrado) con un estudio de prevalencia similar realizado por nosotros justamente un año antes, para evaluar si había aumentado el porcentaje de uso de la pauta B+B con las actuaciones emprendidas.

**RESULTADOS**

En marzo/09 la pauta B+B se usaba en el 65,2% de los pacientes diabéticos ingresados en servicios médicos. En el actual corte, se analizaron 162 pacientes ingresados, de los cuales 62 (38%) eran diabéticos y tenían dieta oral. El 88,3% tenían pauta B+B y un 5% una pauta con insulina NPH en dos dosis suplementada con insulina regular con las comidas. Aun teníamos a 3 pacientes (5%) con una pauta de "insulina rápida según glucemia capilar". El aumento del porcentaje de uso de la pauta B+B en la comparativa interanual (23,1%) fue estadísticamente significativo ( $p < 0,001$ ).

**DISCUSIÓN**

A pesar del tiempo de uso (más de 25 años) y amplia aceptación de las clásicas "sliding scales" en la insulinización del paciente diabético hospitalizado, las nuevas pautas que emplean un análogo basal (glargina o detemir) y una insulina o análogo rápido antes de cada comida, se han impuesto a lo largo del último año en la mayoría de los hospitales, siguiendo las recomendaciones de expertos y las guías clínicas de diversas Sociedades Científicas. En nuestro hospital, diversas actuaciones formativas e informativas llevadas a cabo en el 2º trimestre del año 2009, han conseguido extender el uso de la pauta B+B a nueve de cada diez pacientes diabéticos hospitalizados en las áreas médicas.

**CONCLUSIONES**

Un programa formativo dirigido a profesionales sanitarios, y la amplia difusión de un protocolo sencillo, ha conseguido incrementar significativamente el porcentaje de uso de la pauta de insulinización basal+bolus en los servicios médicos de un hospital universitario, incluso un año después de la intervención.

**G-07 ¿APLICAMOS CORRECTAMENTE LAS RECOMENDACIONES DE LA GUÍA PRETEMED EN LA PREVENCIÓN DE LA ETEV?**

A. Montilla Burgos, M. Rico Lucena, A. Blanco Becerra, M. Chacón Cerrato, M. Rey Rodríguez, J. Bravo-Ferrer Acosta, B. Gutiérrez Gutiérrez, M. Aguayo Canela  
Servicio de Medicina Interna "A" - UGC "ATICA". Complejo Hospitalario Virgen Macarena. Sevilla

**OBJETIVOS**

La prevención de la Enfermedad Tromboembólica Venosa (ETE) está bien protocolizada y constituye un criterio de calidad en las evaluaciones de competencias profesionales y de acreditación de unidades clínicas de nuestra Comunidad. Recientemente la Guía PRETEMED, de Prevención de la Enfermedad Tromboembólica en Pacientes Médicos, ha sido revisada (2007) y se ha presentado en la mayoría de los hospitales para implementar su uso. El objetivo de este estudio ha sido evaluar el grado de adherencia a las recomendaciones de esta guía un año después de una sesión formativa sobre su validez y aplicabilidad.

**MATERIAL Y MÉTODO**

Estudio de corte transversal, realizado en la primera semana del mes de marzo de 2010, en todas las unidades de hospitalización de especialidades médicas del hospital Virgen Macarena, evaluando en cada paciente ingresado su Riesgo Ajustado (RA) según la tabla para el cálculo del riesgo de ETEV de la Guía PRETEMED 2007, y recogiendo simultáneamente las medidas de profilaxis y otras variables clínicas.

**RESULTADOS**

De un total de 165 pacientes evaluados, 154 (95%) tenían al menos un proceso precipitante o un proceso asociado con peso ajustado de 2 ó más según la tabla, por lo que cumplían criterios para aplicar la fórmula de RA y eran susceptibles de recibir profilaxis de ETEV. Excluimos del análisis a 19 pacientes (12,3%) que estaban en tratamiento con anticoagulantes orales. En la tabla se muestran los grupos de RA y los tratamientos que recibían.

**DISCUSIÓN**

Un total de 26 pacientes (19,2%) con bajo riesgo de ETEV recibían tratamiento con HBPM, mientras que 14 pacientes (10,4%) con alto riesgo de ETEV no recibían profilaxis correcta, argumentándose contraindicaciones en 13 de ellos (6 pacientes con historia de hemorragias graves recientes). La tasa de sobreindicación de profilaxis en pacientes con bajo riesgo nos parece elevada, por lo que pensamos que se hace un uso rutinario y excesivo de las HBPM sin evaluar correctamente los riesgos ajustados que nos propone la Guía PRETEMED.

**CONCLUSIONES**

Aproximadamente 4 de cada 10 pacientes ingresados en especialidades médicas tienen riesgo medio/alto de ETEV y reciben profilaxis con HBPM. Hay un sobreuso de esta profilaxis en pacientes con riesgo bajo.

Tabla

RA / Recomendación	Medidas físicas	HBPM	Antiagregantes	Total de pacientes
1-3: Considerar medidas físicas	41 (51,9%)	26 (32,9%)	12 (15,2%)	79
4: Se sugiere profilaxis	3 (20%)	12 (80%)	0	15
> 4: Se recomienda profilaxis	9 (22%)	27 (65,9%)	5 (12,2%)	41

**G-08 SISTEMA DE GESTIÓN DE NOTIFICACIONES COMO OPORTUNIDAD DE MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE**

E. Moreno Campoy, I. Moraga Ropero, A. Ruiz Cantero, F. Martín Navarro, F. Mérida de la Torre, J. Garrido Martínez, A. Morillo Martín  
Comisión de Seguridad. Hospital de la Serranía. Ronda (Málaga)

**OBJETIVOS**

En el contexto del PI 07/90940 financiado por el Ministerio de Sanidad, entre los objetivos del mismo, se incluye: - Diseñar una aplicación web como herramienta de aprendizaje, que permita la gestión de las notificaciones, la puesta en marcha de medidas y la retroalimentación a los profesionales, para minimizar riesgos que provoquen resultados no deseados en los pacientes, creando cultura en Seguridad del Paciente. - Formar e implantar el Sistema de Notificación en Atención Primaria y Atención Hospitalaria.

**MATERIAL Y MÉTODO**

El diseño y desarrollo de esta aplicación se realizó según experiencias existentes y características fundamentales y reconocidas de un sistema de notificación. Para conseguir el éxito en su uso, se han seleccionado características que creen confianza en el sistema y otras innovadoras respecto a otros sistemas: 1. Voluntario y accesible, para notificar cualquier problema potencial o real. 2. Anónimo, aunque si el profesional lo desea, permite su identificación para contactar con él de una forma directa, asegurando la confidencialidad. No obstante, permite colaborar sin identificarse. 3. Formato de la notificación breve y sencillo de cumplimentar. 4. Gestión y análisis de notificaciones por un grupo de trabajo dependiente de la Comisión de Seguridad. 5. Permite la trazabilidad por el profesional y la retroalimentación. 6. En el sistema queda registrada cualquier actividad realizada. Se han realizado sesiones de forma periódica para abarcar a la mayor parte de los profesionales. El sistema se ha incluido dentro de la intranet, en un espacio propio de Seguridad del paciente.

**RESULTADOS**

Aplicación denominada: Sistema de Gestión de Notificación (SiGNo) de problemas relacionados con la Seguridad del Paciente, vía web, para Atención Primaria y Atención Hospitalaria. SiGNo es flexible y susceptible de modificaciones. Hasta la fecha (mediados de marzo), se han realizado 28 talleres de formación, abarcando a un total de 271 profesionales (Atención Primaria y Hospitalaria). Desde la implantación de SiGNo (mediados de diciembre-2009), se han realizado 33 notificaciones, trece de riesgos y veinte de incidentes, algunos de ellos con daño para el paciente. Se han clasificado por el grupo referente, identificándose las siguientes categorías: Errores de medicación (6); Estructura y adecuación de espacios (9); Recursos y mantenimiento (6); Procedimientos (9); Formación<sup>1</sup>, y Comunicación (2).

**DISCUSIÓN**

Mientras que las aplicaciones informáticas existentes en la actualidad, en general, no permiten un mecanismo de retroalimentación a los profesionales que notifican, SiGNo permite, de forma anónima, conocer la trazabilidad de la notificación y aportar más información al respecto de la misma. Para valorar y dar respuesta a las notificaciones, se ha creado un grupo de trabajo.

**CONCLUSIONES**

1.- SiGNo es una importante fuente de aprendizaje y facilita la identificación de riesgos, que en otro caso habrían pasado desapercibidos. 2.- Es necesario seguir formando y dando a conocer el sistema entre los profesionales.

**G-09 ACTIVIDAD DEL INTERNISTA CONSULTOR EN UN HOSPITAL COMARCAL: PLANTAS QUIRÚRGICAS Y URGENCIAS**

B. Escolano Fernández, M. González Benítez, M. Grana Costa, M. Maíz Jiménez, M. Barón Ramos, G. Uribarri Sánchez, M. Godoy Guerrero, A. Ruiz Cantero  
Servicio de Medicina Interna. Hospital de la Serranía. Ronda (Málaga)

**OBJETIVOS**

Analizar la actividad del internista consultor en un hospital comarcal y conocer el porcentaje de pacientes pluripatológicos atendidos y la posible influencia de esta característica en otras variables.

**MATERIAL Y MÉTODO**

Se analizó la actividad realizada entre febrero y junio de 2009 por el internista consultor en un hospital comarcal de 150 camas, en horario de mañana de lunes a viernes. La actividad consistía en atender a los pacientes mayores de 70 años ingresados en Traumatología, Cirugía General y Urología, las interconsultas de otros especialistas y de Urgencias. Se analizaron el número de pacientes atendidos, edad y sexo. En los pacientes quirúrgicos se recogieron el Servicio y motivo de ingreso, días de seguimiento, problemas atendidos, mortalidad y criterios de pluripatología y en urgencias además, la necesidad de ingreso. Realizamos un estudio descriptivo, resumiendo las variables cuantitativas mediante medias y desviación estándar y las cualitativas en frecuencias y porcentajes. Las variables se compararon mediante Chi-cuadrado y t de Student.

**RESULTADOS**

Fueron atendidos un total de 401 pacientes. En Urgencias se valoraron 226 (2.17 pacientes por día, 107 mujeres, 119 hombres) con una edad media de 70.31;15.3 años, precisando ingreso en Medicina Interna 175 pacientes (77.4%). El resto fue dado de alta (43, 19.9%), trasladado a otro centro (5, 2.2%) o ingresó en otro servicio (1, 0.4%). En las plantas quirúrgicas fueron atendidos 169 pacientes (74 mujeres, 95 hombres), con una edad media de 76.44;9.03 años. La distribución por servicios fue: Cirugía General 68 (40.2%), Traumatología 65 (38.5%), Urología 36 (21.3%). Los motivos de ingreso fueron: fractura de cadera (42, 24.9%), cirugía vesical (30, 17.8%), cirugía biliar (24, 14.2%), cirugía de colon (24, 14.2%), gonartrosis (23, 13.6%), cirugía de próstata (6, 3.6%), otros (20, 11.9%). La media de días de seguimiento fue 8.56 y fueron atendidos una media de 2.12 problemas por paciente, generando un total de 1446 asistencias (9.64 pacientes por día). Se atendió a 46 (27.2%) pacientes quirúrgicos pluripatológicos (29 hombres, 17 mujeres), que presentaban las siguientes diferencias con respecto a los no pluripatológicos: mayor edad (79.43 años frente a 75.37,  $p=0.009$ ), más días de seguimiento (11.67 frente a 7.39,  $p=0.002$ ), mayor número de problemas atendidos por paciente (3.17 frente a 1.73,  $p<0.001$ ) y mayor mortalidad (15.2% frente a 2.4%,  $p=0.002$ ). Se atendieron 6 interconsultas de otros servicios (ORL y Ginecología).

**DISCUSIÓN**

La presencia del internista en las plantas quirúrgicas permite mejorar la calidad de la asistencia de los pacientes, realizando una estrecha vigilancia de las complicaciones médicas que puedan aparecer, lo que permite iniciar tratamiento de forma más precoz. Existe un elevado porcentaje de pacientes pluripatológicos quirúrgicos que presentan más complicaciones y mayor mortalidad, necesitando un seguimiento mas prolongado.

**CONCLUSIONES**

La actividad de Urgencias y de las plantas quirúrgicas genera una carga de trabajo que requiere la dedicación exclusiva de un internista. La visión global del internista beneficia especialmente a los pacientes pluripatológicos que precisan ingreso en plantas quirúrgicas.



### G-10 IMPACTO DEL ALTA DIFERIDA POR RAZONES NO MÉDICAS EN LOS PACIENTES INGRESADOS EN EL ÁREA DE MEDICINA INTERNA DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

D. Mendoza Giraldo, A. Navarro Rodríguez, A. Sánchez Quijano, R. Asencio Marchante, M. García Gutiérrez, E. Lissen Otero  
Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla

#### OBJETIVOS

Investigar la frecuencia con la que se producen altas hospitalarias con demora por razones no médicas en el ámbito de un servicio de medicina interna de un hospital de tercer nivel y evaluar la pérdida de días útiles de hospitalización que ello conlleva. Conocer las razones de la demora y el destino al alta de dichos pacientes.

#### MATERIAL Y MÉTODO

Estudio observacional, abierto y prospectivo de los pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Virgen del Rocío entre el 1 de febrero de 2008 y el 1 de febrero de 2009 en los que el alta se demoró por motivos no médicos. Se recogieron la fecha del ingreso y la fecha del alta médica, establecida según criterio del clínico responsable. Se registró el tiempo transcurrido entre el "alta médica" y el "alta real", las causas determinantes de la estancia indebida generada, así como el destino del paciente al alta y la concordancia entre éste y la solicitud inicial o destino previsible.

#### RESULTADOS

De los 4.637 ingresos que se produjeron en el área participante, en 172 (3,68%) el alta se vio demorada por motivos no médicos con una mediana de demora de 6 días (rango 1-78 días). De ellos, en 170 (98,8%) de los casos se debió a problemas relacionados con el ámbito socio-familiar: 51,2% por incapacidad de los familiares para cuidar por imposibilidad de conciliar los cuidados con la vida laboral, 20,9% por carencia de familiares o red de apoyo social, 12,8% por tener un domicilio inadecuado para las necesidades del paciente, 5,8% por ausencia de preparación al alta en cuanto al adiestramiento en el manejo de los cuidados del paciente y 4,7% por carencia de domicilio. En 2 casos (1,2%) la demora se debió a problemas con el servicio encargado del traslado de los pacientes. El 91,8% fue valorado por la Unidad de Trabajo Social. El destino previsible fue en el 23,9% de los casos residencia privada, en un 13,2% unidad de respiro familiar, 11,9% vuelta al domicilio con servicio de ayuda a domicilio privada, 11,3% hospital de cuidados mínimos, 9,4% vuelta al domicilio sin ayuda, 8,2% domicilio con servicio de ayuda a domicilio público, 8,2% residencia pública, 5,7% centro de acogida, 5% domicilio con ayudas técnicas, 3,2% otros. 27 (15,7%) de los pacientes cuya alta se vio demorada falleció en espera del recurso solicitado. El destino final concordaba en todos los casos con el inicialmente previsto sólo en el supuesto inicial de destino al domicilio sin ayuda. En el caso de ayuda a domicilio privada un 70% de los pacientes que previamente la habían solicitado la obtuvo frente a un 11,1% de ayuda pública, similar a los que vieron concedida su solicitud de residencia privada (63,6%) frente a los que habían solicitado una pública (16,7%). Sólo un 30% de los pacientes cuyo destino previsible era un centro de acogida, al alta fue remitido al mismo. El 54,5% de los que solicitaron plaza en Hospital de Cuidados Mínimos la obtuvieron.

#### CONCLUSIONES

Un porcentaje no desdeñable de los pacientes que ingresaron en Medicina Interna vio demorada su alta por un problema de tipo sociofamiliar. Ello genera un aumento de la estancia media. Los motivos principales son la incapacidad de los familiares para cuidar por imposibilidad de conciliar los cuidados con la vida laboral y la carencia de familiares o red de apoyo social. Hay una importante falta de concordancia entre la solicitud de recursos y la obtención de los mismos. Son necesarios nuevos estudios para conocer las causas de este problema.

### G-11 RESULTADOS EN HOSPITALIZACIÓN Y EN CONSULTAS DE UN PROGRAMA DE CONTINUIDAD ASISTENCIAL ENTRE EL DISTRITO Y EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DEL ALJARAFE

M. Benticuaga Martínez, A. Fernández Moyano, M. Álvarez Alcina, I. Vallejo Maroto, C. Palmero Palmero, R. Fernández Ojeda, C. Escorial Moya, M. Gómez Hernández  
Medicina Interna. Servicio de Medicina. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos (Sevilla)

#### OBJETIVOS

1.- Evaluar los resultados sobre la estancia media y las derivaciones a consultas de un programa de continuidad asistencial basado en la responsabilidad compartida entre Internista de Referencia y Médico de Familia y la sectorización de la actividad por Zonas Básicas de Salud. 2.- Analizar los resultados intermedios del modelo asistencial.

#### MATERIAL Y MÉTODO

Se analiza la estancia media, las derivaciones a consultas, los reingresos y la actividad desarrollada en las sesiones compartidas en el centro de salud entre el equipo de Atención Primaria y el Internista de Referencia de los periodos previos al desarrollo completo del programa (2005) y del periodo posterior (2006 a 2009)

#### RESULTADOS

La estancia media fue de 7.44 días en 2005, con reducción progresiva hasta llegar a 6,8 días en 2009 ( $p < 0,05$ ). Los reingresos han disminuido anualmente. La tasa de derivación global a Consultas Externas del área médica por 1000 TAE fue de 31,1 en 2005 y 22,94 en 2009, siendo el número de derivaciones preferentes 0. En la Tabla 1 analizamos la actividad en las sesiones compartidas realizadas en el Centro de Salud.

#### DISCUSIÓN

El aumento del número de TAE en el distrito Aljarafe en los últimos años no ha producido un aumento paralelo en las derivaciones a consultas externas, manteniéndose el índice de utilización de estancias. Destaca el descenso el número de reingresos y en la tasa de derivación por TAE, que creemos secundario al modelo de Continuidad Asistencial basado en la sectorización de la atención al paciente y al incremento de la actividad desarrollada en las Sesiones Clínicas Compartidas.

#### CONCLUSIONES

El Programa de Atención Continuada en nuestra área sanitaria conlleva una responsabilidad compartida que consideramos está contribuyendo a la contención de las derivaciones a consultas externas, de la gestión de los pacientes preferentes y de la reducción de la estancia media

Tabla. Actividad sesiones compartidas

	2006	2007	2008	2009
Pacientes presentados	1064	1283	1274	1474
Pruebas solicitadas	290	316	348	399
Pacientes citados a Consulta	238	331	356	327
Llamadas telefónicas recibidas	328	368	429	829

**Insuficiencia Cardíaca (IC)****IC-01 NIVELES CIRCULANTES DE CITOCINAS Y SU RELACIÓN CON LA POSIBLE RESISTENCIA A ERITROPOYETINA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA**

J. Santamaría González<sup>1</sup>, B. García Casado<sup>1</sup>, E. Guisado Espartero<sup>2</sup>, P. Salamanca Bautista<sup>1</sup>, E. Ramiro Ortega<sup>1</sup>, O. Aramburu Bodas<sup>1</sup>, J. Arias Jiménez<sup>1</sup>, R. Pérez Cano<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna B. Complejo Hospitalario Virgen Macarena. Sevilla

<sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Infanta Margarita. Cabra (Córdoba)

**OBJETIVOS**

Las cifras de eritropoyetina sérica (EPO) elevadas en plasma se han correlacionado con mal pronóstico en pacientes con insuficiencia cardíaca. Se ha propuesto como hipótesis explicativa la inhibición de la eritropoyesis en la médula por el estado proinflamatorio de la enfermedad, con la consecuente elevación de cifras de EPO y la aparición de anemia por una posible resistencia a sus efectos en la médula ósea. El objetivo de nuestro trabajo es estudiar citocinas proinflamatorias como marcadores del estado inflamatorio en sueros de pacientes con IC de mal pronóstico y su relación con la EPO.

**MATERIAL Y MÉTODO**

Estudio observacional retrospectivo con una cohorte de 100 pacientes con IC en seguimiento por M. Interna a lo largo de 3 años. Fueron separados en dos grupos por pronóstico según fueran exitus o no durante el seguimiento. Posteriormente se hace un análisis posthoc de suero obtenido durante el reclutamiento, midiendo cifras de HB, EPO, IL6 y TNF-alfa. Fueron 60 pacientes en el grupo no exitus y 40 en el grupo exitus. Se realizó comparación de las variables Hb, EPO mediante T-student y de IL6 y TNF-alfa mediante U de Mann-Whitney ya que no se distribuían de forma normal. Posteriormente se hizo análisis de correlación lineal entre las cifras de TNF-alfa y EPO.

**RESULTADOS**

La media de hemoglobina en el grupo exitus fue de 11.05 y en el no exitus de 12.34 (p=0.001). La media de EPO fue de 30 para el grupo no exitus y 46 para el grupo exitus (p=0.14). Niveles de citocinas: TNF- $\alpha$  media 2.43 en el grupo no exitus y 3.36 en el grupo exitus (p=0.005). IL6 media de 5.80 en el grupo no exitus y 34.9 en el grupo exitus (p=0.003). Análisis de regresión lineal mediante Coeficiente de correlación de Pearson 0.266 con p=0.041.

**DISCUSIÓN**

Parece claro que hay diferencias entre los niveles de citocinas inflamatorias en pacientes con IC según su pronóstico. Los pacientes exitus, presentaban cifras significativamente más elevadas de citocinas proinflamatorias probablemente por una mayor actividad inflamatoria debido a la mayor severidad de la enfermedad. Esto se relaciona con una tendencia no significativa a presentar mayores cifras de EPO en aquellos pacientes de peor pronóstico y a tener unas cifras de hemoglobina más bajas cosa que en diversos estudios se ha relacionado con la mortalidad. Además de esto, se observa una correlación lineal débil entre los niveles de TNF-alfa y EPO lo que pone de manifiesto que en los pacientes con IC cuanto mayor es la actividad inflamatoria mayor es la EPO, lo que apoya con firmeza la hipótesis de la resistencia a la eritropoyetina. Habría que hacer estudios prospectivos con mayor número de pacientes para confirmar estos resultados y descartar la influencia de otras variables confundentes.

**CONCLUSIONES**

Nuestros datos preliminares apoyan la hipótesis de la resistencia a la eritropoyetina en la médula ósea como explicación de su aumento, presentado los sueros de pacientes de peor pronóstico mayor índice de citoquinas y actividad inflamatoria que se correlaciona con elevación de las cifras de EPO y la progresión de su anemia.

**IC-02 CONTROLLÍPIDICO EN EL SEGUIMIENTO EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA DE CAUSA ISQUÉMICA**

B. García Casado<sup>1</sup>, J. Santamaría González<sup>1</sup>, P. Salamanca Bautista<sup>1</sup>, E. Guisado Espartero<sup>2</sup>, E. Ramiro Ortega<sup>1</sup>, O. Aramburu Bodas<sup>1</sup>, J. Arias Jiménez<sup>1</sup>, R. Pérez Cano<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna B. Complejo Hospitalario Virgen Macarena. Sevilla

<sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Infanta Margarita. Cabra (Córdoba)

**OBJETIVOS**

Los pacientes con insuficiencia cardíaca de causa isquémica, son pacientes de alto riesgo vascular, que se benefician de un apropiado control de sus factores de riesgo de forma importante y que tienen claramente fijados unos objetivos terapéuticos para lípidos, el más importante las cifras de colesterol LDL. Se ha pretendido hacer un estudio de grado de control de LDL en este tipo de pacientes tras un año de seguimiento posterior al alta hospitalaria.

**MATERIAL Y MÉTODO**

Se siguió a 58 pacientes reclutados de la consulta externa del servicio de medicina interna B del hospital Virgen Macarena al menos 15 días postalta, diagnosticados de insuficiencia cardíaca de causa isquémica. Se les siguió durante un año y se les midió los niveles de lípidos, HDL, LDL, VLDL, Triglicéridos y Colesterol total así como el porcentaje de ellos que estaban con estatinas como tratamiento. Se compararon con las recomendaciones y se vio cuantos de ellos estaban en objetivos según las recomendaciones actuales.

**RESULTADOS**

Valores al año: Las cifras medias de CT en el grupo fueron de 193.39, las de HDL 42.09, VLDL 22.61 y LDL 124.14. La media de triglicéridos fue de 147.44 El porcentaje de pacientes que se encontraba en objetivos de LDL < 100 fue del 32.8%. Estaban en tratamiento con estatinas el 24% de ellos. Al inicio tenían media de LDLc en 106.3. En objetivos 62.8%.

**DISCUSIÓN**

A pesar de que los pacientes con IC de causa isquémica son pacientes de muy alto riesgo cardiovascular, que muchas veces tienen lesiones de órgano diana u otra comorbilidad cardiovascular como AVC o arteriopatía periférica, en nuestra muestra puede comprobarse como la mayor parte de los pacientes no se encuentran en objetivos de control lipémico. Una posible explicación es que muchas veces se le retiran las estatinas a pacientes bien controlados, con lo que al tiempo pueden volver a descompensarse. También puede influir la sustitución de estatinas por otras de menor potencia. La inercia terapéutica también es un factor a tener en cuenta.

**CONCLUSIONES**

Según nuestros datos el control de LDL colesterol al año en pacientes con IC de causa isquémica es insuficiente. Parece ser que los pacientes están más controlados al principio del seguimiento postalta, empeorando su control después.



### IC-03 INSUFICIENCIA CARDÍACA Y GÉNERO. DESCRIPCIÓN DE UNA COHORTE. PRESENTACIÓN CLÍNICA

A. De Miguel Albarreal<sup>1</sup>, I. Martín Garrido<sup>2</sup>, L. Martín Ponce<sup>1</sup>, J. Vila Santos<sup>3</sup>, R. Terán Redondo<sup>2</sup>, E. Muro Fernández de Pineda<sup>3</sup>, S. García Morillo<sup>2</sup>, A. Navarro Puerto<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Nuestra Señora de Valme. Sevilla  
<sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Virgen del Rocío. Sevilla  
<sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital 12 de Octubre. Madrid

#### OBJETIVOS

-Describir las características basales de una muestra de pacientes que ingresan por primera vez por IC, según género, en tres hospitales universitarios. -Estimar la tasa de reingresos y muertes en este grupo de pacientes según el género.

#### MATERIAL Y MÉTODO

Estudio multicéntrico observacional de cohortes retrospectivo, siendo la muestra 600 pacientes seleccionados al azar. Las cohortes estaban formadas por hombres y mujeres que ingresaron por primera vez a causa de IC, en los Hospitales Universitarios de Valme (Sevilla), Virgen del Rocío (Sevilla) y 12 de Octubre (Madrid), desde Enero del 2004 a Diciembre del 2008. Se excluyeron los reingresos. Los datos se obtuvieron del informe de alta o en su defecto de la historia clínica completa del paciente ingresado en los servicios de Medicina Interna y/o Cardiología con sospecha diagnóstica de IC.

#### RESULTADOS

De los 600 pacientes, 293 eran hombres con una edad media de 70 años y 307 mujeres con una edad media de 77 años. El motivo de consulta más frecuente en ambos grupos fue la disnea de esfuerzo, seguida de la disnea de reposo. La mayoría de los pacientes, eran autónomos para las actividades básicas de la vida diaria, conviviendo con sus familiares. La mayoría de los hombres presentaban como grado de disnea basal, I de la NYHA, y las mujeres un grado II. El porcentaje de DM tipo 2 e HTA era mayor en las mujeres que en los hombres, el 55% de los hombres y el 5.5% de las mujeres eran fumadores, estando igualados el resto de factores de riesgo cardiovascular. Las comorbilidades asociadas más frecuentes fueron, EPOC en un 31.4% de los hombres y un 8.5% de las mujeres, seguido de IAM. En ambos grupos, el antecedente cardiológico más frecuente fue la fibrilación auricular en un 22.2% de los hombres y un 36.5% de las mujeres, seguido de cardiopatía isquémica, miocardiopatía hipertensiva y valvulopatías. La tasa de reingresos fue mayor en las mujeres en el primer mes (8.1%), a los 3 meses (12.7%) y a los 12 meses (23.1%) del episodio índice con respecto a los hombres. El porcentaje de éxitos a los 12 meses fue superior en las mujeres.

#### DISCUSIÓN

Una posible limitación puede ser la falta de datos en las historias clínicas de los pacientes. Este estudio forma parte del estudio PREDICE-GEN (FIS 07/0945) (FIS 06/90243) grupo PAI-CTS306, PREDicción Desenlaces Insuficiencia Cardíaca en España-GENero, cuyo objetivo principal es evaluar la calidad de la asistencia prestada a pacientes hospitalizados por IC y determinar posibles desigualdades en la asistencia respecto al género.

#### CONCLUSIONES

El perfil de los pacientes que ingresan por primera vez con el diagnóstico de IC, es bastante similar en hombres y mujeres. La variabilidad en la calidad de la asistencia sanitaria según género en pacientes hospitalizados por IC, no depende solamente de las características basales sociales y comorbilidad de dichos pacientes.

### IC-04 INSUFICIENCIA CARDÍACA Y GÉNERO. MANEJO DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

L. Martín Ponce<sup>1</sup>, T. Martínez Risquez<sup>2</sup>, A. De Miguel Albarreal<sup>1</sup>, M. Fernández Ruíz<sup>3</sup>, B. Herrera Hueso<sup>2</sup>, E. Andrés Estaban<sup>4</sup>, R. Gómez Herreros<sup>1</sup>, I. Melguizo Moya<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Nuestra Señora de Valme. Sevilla  
<sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Virgen del Rocío. Sevilla  
<sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>4</sup>Unidad Epidemiológica. Hospital 12 de Octubre. Madrid

#### OBJETIVOS

-Describir el manejo en cuanto a diagnóstico y tratamiento de los pacientes hospitalizados por primera vez por IC según los estándares e indicadores de calidad en IC, desde una perspectiva de género. -Analizar el tipo de insuficiencia cardíaca al diagnóstico y su etiología según el género.

#### MATERIAL Y MÉTODO

Estudio multicéntrico observacional de cohortes retrospectivo, siendo la muestra 600 pacientes seleccionados al azar y las cohortes comparadas los hombres y mujeres que ingresaron por primera vez a causa de IC, en los Hospitales Universitarios de Valme (Sevilla), Virgen del Rocío (Sevilla) y 12 de Octubre (Madrid), desde Enero 2004 a Diciembre 2008. Se excluyeron los reingresos. Los datos se obtuvieron del informe de alta o en su defecto de la historia clínica completa del paciente. Se aplicaron los indicadores de calidad en IC según las guías de práctica clínica, en cuanto a realización de Ecocardiograma y determinación de FEVI, y tratamiento farmacológico con IECAs, ARA-II y b-bloqueantes.

#### RESULTADOS

Se realizó Ecocardiografía a la mayoría de los pacientes durante el ingreso (72.4% de los hombres y 60.3% de las mujeres). La realización de coronariografía fue mayor en los hombres (14.7%) que en las mujeres (7.8%). Los diagnósticos etiológicos más frecuentes fueron en ambos grupos la cardiopatía hipertensiva (27.3% de los hombres y 30% de las mujeres), seguida de la cardiopatía isquémica en hombres y la valvulopatía mitral en mujeres. En cuanto a los diagnósticos fisiopatológicos, la IC sistólica era más frecuente en hombres (31.1%) que en mujeres (16.3%), siendo la IC con FEVI conservada más frecuente en mujeres. Los hombres recibieron con más frecuencia tratamiento con IECAs (57.6% en hombres y 52.2% en mujeres) y b-bloqueantes (34.5% en hombres frente al 28.5% en mujeres), siendo las mujeres más tratadas con ARA-II y diuréticos.

#### DISCUSIÓN

Una posible limitación puede ser la falta de datos en las historias clínicas de los pacientes. Posiblemente, las diferencias entre hombres y mujeres en cuanto a la realización de coronariografía y tratamiento con IECAs y b-bloqueantes sea debido a la mayor frecuencia de etiología isquémica en los hombres. Llama la atención que la cardiopatía hipertensiva sea la etiología más frecuente de IC en ambos grupos, hallazgo que difiere de otros reflejados en la literatura. Este estudio forma parte del estudio PREDICE-GEN (FIS 07/0945) (FIS 06/90243) grupo PAI-CTS306, PREDicción Desenlaces Insuficiencia Cardíaca en España-GENero, cuyo objetivo principal es evaluar la calidad de la asistencia prestada a pacientes hospitalizados por IC y determinar posibles desigualdades en la asistencia respecto al género.

#### CONCLUSIONES

-El manejo de la IC en cuanto a diagnóstico y tratamiento es bastante homogéneo en hombres y mujeres según los indicadores de calidad seleccionados. -La realización de Ecocardiografía es el indicador con mayor cumplimiento en ambos grupos. -Las diferencias encontradas en realización de coronariografía y administración de IECAs y b-bloqueantes pueden no ser debidas al género, sino a la forma de presentación de la IC en hombres y mujeres.

### IC-05 ¿ES POSIBLE CONOCER EL PRONÓSTICO DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA DESDE EL INGRESO? RESULTADOS PRELIMINARES DEL ESTUDIO MULTICÉNTRICO PREDICE (PREDICCIÓN DESENLACES INSUFICIENCIA CARDIACA EN ESPAÑA)

B. Herrera Hueso<sup>1</sup>, M. Martín Ponce<sup>2</sup>, M. Martínez Risquez<sup>1</sup>, A. De Miguel Albarreal<sup>2</sup>, L. Gómez Morales<sup>1</sup>, A. Navarro Puerto<sup>2</sup>, J. Llenas García<sup>3</sup>, P. Magán Tapia<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Virgen del Rocío. Sevilla

<sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Nuestra Señora de Valme. Sevilla

<sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>4</sup>CIBER de Epidemiología y Salud Pública. Hospital 12 de Octubre. Madrid

#### OBJETIVOS

La Insuficiencia cardiaca (IC) tiene una prevalencia del 6.8 % en la población mayor de 45 años y una mortalidad al año de hospitalización del 15-20%. Supone una de las causas fundamentales de reingresos hospitalarios con estancia prolongada. El objetivo del estudio fue determinar la existencia de factores que permitieran realizar predicciones sobre los reingresos y mortalidad en pacientes hospitalizados por IC.

#### MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio observacional, retrospectivo y multicéntrico en tres hospitales españoles (Hospital 12 de Octubre, Hospital Universitario Virgen del Rocío y Hospital Universitario Virgen de Valme) en el que se incluyeron de forma consecutiva los primeros 200 pacientes ingresados por IC en cada centro entre Enero de 2004 a Diciembre de 2007. El criterio de inclusión fue el diagnóstico de primer episodio de IC, excluyéndose los pacientes que pertenecían a otras áreas hospitalarias. Se recogieron de forma estandarizada diferentes variables (epidemiológicas, clínicas, analíticas, pruebas complementarias y tratamiento) y se evaluó su posible asociación con las variables de resultado reingreso y mortalidad mediante un análisis multivariante de regresión logística múltiple.

#### RESULTADOS

De los 600 pacientes estudiados el 7.3 % reingresó en el primer mes, el 12.3 % en el tercer mes y 21.7 % a los doce meses. El 6.2 % falleció en el primer mes, el 9.5% a los tres meses y el 16% a los doce meses. Se observaron como factores de riesgo para el reingreso en el primer mes (OR>1): hiperglucemia, hipercolesterolemia, implantación de marcapasos, enfermedad renal o lesiones en la arteria descendente anterior; en el tercer mes, hipertrofia ventricular izquierda, y a los doce meses: hipercolesterolemia e hipertrofia ventricular izquierda (HVI). Respecto a la mortalidad, los factores de riesgo (OR>1) durante el primer mes fueron la presencia de bloqueo auriculo-ventricular completo (BAV), tratamiento con diuréticos, elevación de la creatinina; en el tercer mes, además de los previos, tratamiento con hidralacina y las metástasis; y a los doce meses además de los ya reseñados la presencia miocardiopatía dilatada, cardiopatía isquémica y demencia.

#### CONCLUSIONES

Los resultados del estudio son provisionales, ya que aún no se ha completado la depuración de variables y es necesario refinar y ampliar el análisis estadístico. En nuestro estudio, la mortalidad de los pacientes ingresados por IC es similar a la descrita previamente en la literatura. Las variables que mayor fuerza de asociación presentaron en relación a los reingresos fueron la lesión en la ADA para el primer mes, la HVI para los tres meses y la hipercolesterolemia para los doce meses; y respecto a la mortalidad, el BAV para el primer mes, las metástasis para los tres meses y la miocardiopatía dilatada para los doce meses. La identificación y el control de algunos de estos factores podría disminuir la tasa de reingresos y la mortalidad en los pacientes con IC. Financiado por el Ministerio de Ciencia e Innovación (FIS PI-06/90243 y FIS PI-07/0945) y la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía (PI-0357/06).

### IC-06 INSUFICIENCIA CARDÍACA CON BAJA FRACCIÓN DE EYECCIÓN EN UN HOSPITAL COMARCAL

L. Pérez Belmonte, P. Medina Delgado, M. Blanco Díaz, M. Loring Caffarena, M. Martínez Delgado, L. Montero Rivas, M. Guil García, F. Zafra Sánchez  
Servicio de Medicina Interna. Hospital Comarcal de la Axarquía. Vélez-Málaga

#### OBJETIVOS

Conocer el perfil de los pacientes ingresados en nuestro hospital con insuficiencia cardíaca con una fracción de eyección inferior al 50%.

#### MATERIAL Y MÉTODO

Análisis descriptivo transversal de los pacientes con insuficiencia cardíaca con baja fracción de eyección ingresados en nuestro servicio desde mayo de 2006 a noviembre de 2009. Se han revisado los informes de alta de los pacientes ingresados en nuestro servicio por cualquier motivo y que tenían una insuficiencia cardíaca con baja fracción de eyección objetivada mediante ecocardiografía en el período de estudio. Analizamos datos demográficos, hábitos tóxicos, comorbilidad, factores de riesgo cardiovascular, número de ingresos en el período, estancia y mortalidad intrahospitalaria.

#### RESULTADOS

Se incluyeron un total de 89 pacientes con una edad media de 73,42 años y un rango de 41 a 94 años, había un claro predominio de hombres 63 (70,8%) frente a mujeres 26 (29,2%). Eran extranjeros 16 (18%). En cuanto a hábitos tóxicos, constaba en los informes de alta tabaquismo activo en 19 (21,3%) y exfumadores en 30 (33,7%), el consumo de alcohol era activo en 18 (20,2%) y exbebedores en 12 (13,5%). La hipertensión arterial, era la patología acompañante más prevalente (84,3%), seguida de la diabetes (56%). La cardiopatía isquémica y la dislipemia, presentaban porcentajes similares (51,7%), siendo menor la presencia de fibrilación auricular (38,2%). El análisis de las ecocardiografías realizadas mostró que había valvulopatías en una mayoría de pacientes (60,7%), siendo la insuficiencia mitral, aislada o junto a lesión aórtica, la más frecuente (44,9%). La fracción de eyección media fue 33,83%. Durante el periodo de estudio 36 pacientes (40,4%) tuvieron más de un ingreso hospitalario. Siendo la media 1,94 ingresos por paciente. La estancia media durante el periodo por paciente fue 20,97 días, con un rango desde 4 a 87 días. Fallecieron durante su ingreso un total de 14 pacientes (15,7%).

#### DISCUSIÓN

Los resultados destacan la gran importancia de la presencia de factores como la hipertensión arterial y la diabetes así como el hecho de haber sufrido un episodio coronario previo. Además la longevidad y el ser varón junto con otros factores de riesgo cardiovascular como la dislipemia y los hábitos tóxicos se muestran prevalentes en nuestra serie de casos. En nuestro estudio la insuficiencia cardíaca con baja fracción de eyección se mostró como una patología eminentemente crónica que ha generado en ocasiones grandes periodos de ingreso hospitalario.

#### CONCLUSIONES

Se trata de una patología cuya atención supone una parte importante de la labor asistencial del médico internista, el conocer las características propias de nuestros pacientes nos puede ayudar a un mejor manejo de estos. El optimizar el control de tensión arterial, diabetes y dislipemia, junto con el abordaje de los hábitos tóxicos (tabaquismo y consumo de alcohol) serían las medidas más adecuadas para nuestros pacientes.



**IC-07 PREDICTORES DE MORTALIDAD EN OCTOGENARIOS CON INSUFICIENCIA CARDÍACA Y FRACCIÓN DE EYECCIÓN PRESERVADA**

I. Páez Rubio, F. Carrasco Sánchez, P. Martínez Pérez, I. Vázquez Rodríguez, E. Ortiz López, A. Camacho Molina  
 Unidad de Gestión Clínica de Medicina Interna. Hospital General Juan Ramón Jiménez. Huelva

**OBJETIVOS**

La insuficiencia cardiaca con fracción de eyección preservada (ICFEP) agudizada es probablemente la causa más frecuente de ingreso hospitalario, especialmente en pacientes mayores de 80 años. Nos propusimos analizar los predictores de mortalidad al ingreso en esta población específica.

**MATERIAL Y MÉTODO**

Partiendo de un estudio observacional para valorar los niveles de cistatina C al ingreso como predictor pronóstico en pacientes hospitalizados con insuficiencia cardiaca (IC) y fracción de eyección preservada o mínimamente deprimida (FEVI > 45%), analizamos de forma independiente el subgrupo de pacientes >= 80 años. Se estudiaron las variables clínicas y analíticas habituales en la práctica clínica. La función renal fue estimada mediante la ecuación MDRD-4 y se definió insuficiencia renal (IR) con un filtrado glomerular (FG) < 60 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>. El evento a alcanzar fue mortalidad total al año. Para el contraste de hipótesis se utilizó una U-Mann-Whitney para las variables cuantitativas y el estadístico X<sup>2</sup> para las proporciones. Se calcula hazard ratio (HR) mediante una regresión de COX.

**RESULTADOS**

De un total de 218 pacientes que completaron el periodo de seguimiento, 75 pacientes (34,4%) eran >= 80 años. Encontramos una correlación proporcional débil entre la edad y los niveles de cistatina C (Rho de Spearman 0,304; p < 0,001). Para el grupo de octogenarios hallamos diferencias entre los niveles de cistatina C (p =0,002), tamaño auricular izquierdo (p =0,002), filtrado glomerular por MDRD (p =0,016) y urea (p =0,013). En otras variables como diabetes, fibrilación auricular, EPOC, género, HTA, enfermedad coronaria, niveles de NT-proBNP, natremia, creatinina, anemia y clase funcional NYHA no hubo diferencias entre los dos grupos. La mortalidad total entre los pacientes >= 80 años alcanzó el 42,7% (32 pacientes) al año de seguimiento, respecto al 26,6% (38 pacientes) para el grupo de menor edad (Log Rank 0,008). En el estudio multivariante mediante regresión de Cox por pasos unos niveles plasmáticos de urea por encima de la mediana 54 mg/dl (40-78) fueron predictores de mortalidad (HR 4,04: 1,45-10,5; p =0,004), así como la presencia de hiponatremia definida por un Na<sup>+</sup> < 135 mEq/L (HR 2,48; 1,19-5,15; p=0,014).

**DISCUSIÓN**

Como la disfunción renal es una realidad en todos los pacientes de avanzada edad, las herramientas para medir la función renal como la creatinina, la estimación del filtrado glomerular e incluso los niveles de cistatina C no parecen ser útiles para predecir la mortalidad en pacientes octogenarios. Sin embargo, otros marcadores como la hiponatremia y los niveles plasmáticos de urea se podrían proponer como predictores en pacientes >= 80 años. Esta afirmación debería comprobarse con estudio específicos diseñados para este fin.

**CONCLUSIONES**

Los niveles plasmáticos elevados de urea podrían proponerse como marcador pronóstico de mortalidad en pacientes con insuficiencia cardiaca y fracción de eyección preservada o mínimamente deprimida.

**IC-08 CONTROL DE PRESIÓN ARTERIAL POR MONITORIZACIÓN AMBULATORIA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA EN UNA CONSULTA DE MEDICINA INTERNA**

I. Gómez Vascon<sup>1</sup>, J. Santamaría González<sup>1</sup>, B. García Casado<sup>1</sup>, E. Guisado Espartero<sup>2</sup>, P. Salamanca Bautista<sup>1</sup>, O. Aramburu Bodas<sup>1</sup>, J. Arias Jimenez<sup>1</sup>, R. Pérez Cano<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen Macarena. Sevilla  
<sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Infanta Margarita. Cabra (Córdoba)

**OBJETIVOS**

La insuficiencia cardiaca es un problema de creciente magnitud con unas complicaciones y morbimortalidad importante. Es una enfermedad en la que es fundamental el control de los factores de riesgo vascular, como la hipertensión arterial. Para ello hemos desarrollado este trabajo, cuyo objetivo es medir la adecuación del tratamiento para mantener las cifras de TA en objetivos en pacientes con insuficiencia cardiaca seguidos en CCEE de Medicina Interna.

**MATERIAL Y MÉTODO**

Estudio observacional en el que hemos medido las cifras de presión arterial mediante Monitorización ambulatoria de la presión arterial en 36 pacientes seguidos en las consultas externas de Medicina interna, con un control adecuado según sus cifras de presión arterial en consultas. Se le colocó monitor durante 24 horas y se recogieron los datos de Presión Sistólica, diastólica y frecuencia de pulso mediante dispositivo Microlife.

**RESULTADOS**

Las cifras medias de presión arterial durante las 24 horas fueron: TAS 135mmHg TAD 75,5 mmHg Frecuencia 73,7. En vigilia TAS 138,3 TAD 78,4 Fc 75,9. Durante el reposo nocturno TAS 130,31mmHg TAD 71,9 Fc 70,4. Alteración del patrón circadiano (No Dipper) 41.6%.

**DISCUSIÓN**

A pesar de los esfuerzos por mantener la PA en objetivos durante su seguimiento en consultas el control sólo por Presión en consultas podría resultar inadecuado. Un buen porcentaje de pacientes presentaban cifras de TA por MAPA fuera de las recomendaciones de la ESH. El control mediante MAPA podría ser más efectivo que el control de cifras de Presión arterial aislada en consultas. Un porcentaje importante de pacientes presentaba alteraciones del ciclo circadiano.

**CONCLUSIONES**

El control de cifras de TA podría ser óptimo si se utilizara la tecnología de monitorización ambulatoria para el control de TA en los pacientes de alto riesgo como los pacientes con Insuficiencia cardiaca, que además suelen tener otras comorbilidades asociadas como la cardiopatía isquémica.

**IC-09 PREVALENCIA DE ANEMIA Y FACTORES DE RIESGO EN PACIENTES HOSPITALIZADOS CON INSUFICIENCIA CARDÍACA A LO LARGO DE UN AÑO**

I. Gallardo Romero, G. Jarava Rol, M. Godoy Guerrero, M. González Benítez, B. Escolano Fernández, M. Maíz Jiménez, G. Uribarri Sánchez, A. Ruiz Cantero  
Servicio de Medicina Interna. Hospital de la Serranía. Ronda (Málaga)

**OBJETIVOS**

Analizar la prevalencia de anemia y factores de riesgo cardiovascular en pacientes que presentan insuficiencia cardíaca en nuestro Servicio de Medicina Interna.

**MATERIAL Y MÉTODO**

Se incluyeron todos los pacientes hospitalizados con insuficiencia cardíaca (IC) en nuestro Servicio de Medicina Interna entre enero y diciembre de 2009. Se analizaron datos demográficos, clínicos, analíticos, tratamiento previo, tratamiento al alta y mortalidad durante el ingreso. Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo, resumiéndose las variables cuantitativas en medias  $\pm$  DE y las cualitativas en frecuencias y porcentajes y realizándose comparación de las variables cualitativas (Chi-cuadrado) y cuantitativas (t de Student).

**RESULTADOS**

Fueron incluidos 203 pacientes (104 varones, 99 mujeres), con edad media de 75.91;10.4 años. Factores de riesgo cardiovascular recogidos: hipertensión en 149 casos (73.4%), dislipemia en 62 (30.5%), diabetes en 96 (47.3%) y fibrilación auricular en 79 (38.9%). La media de la fracción de eyección fue del 53.81%:14.55. Como tratamiento previo al ingreso tenían anticoagulación 57 pacientes (28.1%), AAS 78 (38.4%) y Clopidogrel 16 (7.9%). Del total de pacientes, presentaron anemia un 59.6% (n=121; 58 varones, 63 mujeres). Durante el ingreso se transfundió al 7.9% de los pacientes, y al alta, fue prescrito hierro oral en un 12.3% de los pacientes. Durante el período de tiempo estudiado reingresaron 25 pacientes (12.3%). El 15.8% del total de pacientes fallecieron durante su estancia hospitalaria. Al analizar los resultados no se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos, respecto a edad, número de reingresos, sexo, factores de riesgo vascular, tratamiento previo antiagregante y anticoagulante y mortalidad durante el ingreso.

**DISCUSIÓN**

La IC es un problema sanitario de creciente magnitud y primera causa de ingreso hospitalario en países desarrollados. La falta de nuevos tratamientos ha revertido en un análisis de los factores que afectan a su pronóstico. La anemia asociada a la IC es un hecho conocido pero poco considerado en la práctica clínica, recientemente ha pasado a ocupar un plano más relevante en la patogenia de la IC. Este reconocimiento ha generado una notable expectativa respecto al posible papel beneficioso del tratamiento de la anemia en la historia natural de la IC.

**CONCLUSIONES**

-Elevada prevalencia de anemia en pacientes hospitalizados con IC en nuestro servicio que podrían beneficiarse de nuevas estrategias terapéuticas. -Bajo número de pacientes con anemia a los que se realiza estudio de la misma. -No hay significación estadística entre los pacientes con anemia y haber seguido tratamiento previo antiagregante o anticoagulante. -Se debería haber realizado seguimiento a largo plazo de los pacientes para valorar la influencia de la anemia sobre los reingresos/mortalidad. -No hay cambios importantes de factores de riesgo respecto a otras series estudiadas.

**Inflamación/ Enfermedades Autoinmunes (IF)****IF-01 USO DEL ÁCIDO MICOFENÓLICO EN EL TRATAMIENTO DE LAS MANIFESTACIONES NO RENALES DEL LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO**

L. Valiente de Santis, B. Sobrino Díaz, M. Ayala Gutiérrez, I. Portales Fernández, M. Camps García, E. de Ramón Garrido, R. Gómez Huelgas  
Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Carlos Haya. Málaga

**OBJETIVOS**

Describir los casos de pacientes con Lupus Eritematoso (LES) con manifestaciones extrarrenales que han recibido tratamiento con Ácido Micofenólico (AMF)

**MATERIAL Y MÉTODO**

Estudio descriptivo y prospectivo de los casos con formas extrarrenales de LES tratados con AMF. Se considera respuesta a la mejoría sintomatológica (Afectación del Estado General (AEG)) control global de la actividad de la enfermedad y/o reducción de esteroides

**RESULTADOS**

25 pacientes con LES tratados con AMF, 28 episodios de tratamiento En el momento del análisis 17 de los 25 se encuentran en tratamiento activo. Los motivos de tratamiento más frecuentes fueron la AEG y Corticodependencia (76%), Trasplante Renal (12%), y otros motivos (12%) El 88% eran mujeres. La edad media: 40,24 $\pm$ 13,2 años. El tiempo medio de evolución del LES: 12,6 $\pm$ 8,3 años. La duración media del tratamiento: 23,98 meses. En 7 ocasiones se utilizó Micofenolato de Mofetilo (MMF) a dosis media de 1718,7 $\pm$ 525,1mg/24h y en 20 fue Micofenolato Sódico(MS) a dosis media de 1368 $\pm$ 397,8mg/24h. Hasta en un 78,6% el AMF se introduce con la intención de inducir la remisión de los síntomas. Los efectos secundarios: ninguno 60,7%; diarrea 10,8%; dispepsia 10,8%; infecciones 14%. SLEDAI, C3, Hb, Alb y creatinina analizadas al inicio y final del tratamiento tienden a mejorar, las dosis medias de prednisona se reducen de forma significativa 22,0 $\pm$ 16,2mg frente a 7,6 $\pm$ 11,5mg (p=0,001) La respuesta fue completa en el 75%, parcial en el 10,76%, nula en 3,6% e invalorable en 10,7%. Se describen tres recidivas de LES durante el tratamiento a dosis bajas (720mg/24h, 500mg/24h): dos brotes graves de Nefritis lúpica a los 5 y 19 meses del inicio de tratamiento y un brote moderado de AEGI tras 55 meses de tratamiento se controló cambiando a MS a dosis medias-altas. El AMF se ha retirado en 10 episodios: 1 por mejoría, 3 por efectos adversos, 3 por brote de LES, 2 por decisión de la paciente y 1 por éxitus no atribuible

**DISCUSIÓN**

El AMF parece un buen fármaco para el control de las diferentes manifestaciones sistémicas del lupus, si bien donde más experiencia hay y donde se han publicado estudios de mejor calidad científica (revisiones sistemáticas, ensayos clínicos randomizados, metaanálisis..) es en las manifestaciones renales, en las manifestaciones extra renales la evidencia es más variable pero parece ser un fármaco seguro y eficaz para control de síntomas aunque en cuanto a la prevención de brotes sistémicos parece que su efecto protector es mayor en el primer año de tratamiento, descendiendo en el segundo y tercero

**CONCLUSIONES**

El tratamiento con AMF en las formas de LES extrarrenal permite reducir la dosis media de esteroides y disminuye la actividad global de la enfermedad. No obstante se presentan algunos efectos adversos y en algún caso aparecen brotes de enfermedad aunque a dosis bajas de AMF.



**IF-02 SÍNDROME DE EVANS REFRACTARIO AL TRATAMIENTO CON RITUXIMAB: ROMIPILOSTIM COMO ALTERNATIVA TERAPÉUTICA**

G. Mariscal Vázquez, J. González Nieto, M. Alcoucer Díaz, Y. Villalobos Carabante, E. Ortiz López, I. Martín Suárez  
UGC Medicina Interna. Área Hospitalaria Juan Ramón Jiménez. Huelva

**OBJETIVOS**

Evaluación de la eficacia del romiplostim en la trombocitopenia severa asociada al síndrome de Evans refractaria al tratamiento farmacológico convencional.

**MATERIAL Y MÉTODO**

Describimos un caso clínico de un paciente afecto del síndrome de Evans con una crisis de trombocitopenia severa resistente al tratamiento farmacológico convencional y con una excelente respuesta al tratamiento con romiplostim.

**RESULTADOS**

Describimos el caso de un hombre de 44 años con los antecedentes de inmunodeficiencia común variable, lupus eritematoso sistémico, síndrome antifosfolípido y síndrome de Evans con una crisis de anemia hemolítica con excelente respuesta a rituximab en 2007, en tratamiento con prednisona 20 mg/d, azatioprina 50 mg/d e inmunoglobulinas intravenosas 60 gr. cada 21 días. El paciente ingresa en julio del 2009 por presentar epistaxis frecuentes y trombocitopenia de 3.000 plaquetas/mm<sup>3</sup>. Se inició tratamiento combinado con bolos de 1gr de metilprednisolona, prednisona 80 mg al día, bolos de inmunoglobulinas intravenosas diarias y un ciclo de rituximab a dosis de 375 mg/m<sup>2</sup> a la semana durante 6 semanas y posteriormente un bolo de ciclofosfamida de 500 mg, manteniendo en todo momento la cifra de plaquetas por debajo de 5.000 por mm<sup>3</sup>. Por ello, se decide iniciar el tratamiento con Romiplostim a dosis de 1 mcg/kg sc a la semana durante 2 semanas y posterior aumento a 2 mcg/kg sc a la semana en las siguientes 2 semanas, consiguiendo una cifra de plaquetas de 252.000 por mm<sup>3</sup>. Tras las 4 semanas de tratamiento, el paciente fue sometido a esplenectomía terapéutica mostrando un bazo aumentado de tamaño y congestivo. Tras la intervención, la cifra de plaquetas se ha mantenido por encima de 600.000 por mm<sup>3</sup> en todo momento con dosis bajas de corticoides, hidroxilcloroquina e inmunoglobulinas intravenosas cada 21 días.

**DISCUSIÓN**

El romiplostim es un peptibody que se une al receptor de la trombopoyetina expresado en la superficie de los megacariocitos estimulando la megacariopoyesis. Su uso está documentado fundamentalmente en la púrpura trombocitopénica inmune crónica, y en menor medida, en trombocitopenia asociada a patología oncológica y síndrome mielodisplásico.

**CONCLUSIONES**

Bajo nuestra experiencia, la administración de romiplostim en pacientes con trombocitopenia severa asociada al síndrome de Evans y refractaria al tratamiento farmacológico convencional puede ser útil como paso previo a la esplenectomía terapéutica.

**IF-03 NEUMOPATÍA INTERSTICIAL SECUNDARIA A ENFERMEDADES AUTOINMUNES: TERAPIA COMBINADA CON MICOFENOLATO Y METOTREXATE**

J. González Nieto<sup>1</sup>, F. Gil Muñoz<sup>2</sup>, G. Mariscal Vázquez<sup>1</sup>, F. Muñoz Beamud<sup>1</sup>, E. Ortiz López<sup>1</sup>, I. Martín Suárez<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>UGC Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Neumología. Área Hospitalaria Juan Ramón Jiménez. Huelva

**OBJETIVOS**

Evaluación de la eficacia y seguridad de la combinación de micofenolato y metotrexate en pacientes con neumopatías intersticiales secundarias a EAS.

**MATERIAL Y MÉTODO**

Se revisaron las historias clínicas de 5 pacientes en seguimiento por afectación intersticial pulmonar secundaria a diversas enfermedades autoinmunes que precisaron, en el transcurso de las cuales, el uso combinado de micofenolato y metotrexate para el control de los síntomas y de la progresión espirométrica tras el fracaso terapéutico con ciclofosfamida. Realizamos un análisis descriptivo sobre eficacia y seguridad en esta serie de casos. Registramos la dosis del fármaco, síntomas subjetivos, progresión de la función respiratoria, respuesta analítica y efectos secundarios de estos pacientes.

**RESULTADOS**

Obtuvimos una muestra de 5 pacientes, 2 mujeres y 3 hombres. Entre las enfermedades estudiadas, se encontraban un caso de síndrome de superposición y 4 casos de esclerodermia difusa. En los 5 casos, se había utilizado varias pautas de tratamiento con ciclofosfamida iv. a las dosis habituales de 500-750 mg mensuales con escasa respuesta o con respuesta inicial y posterior recaída, añadiéndose al tratamiento ácido micofenólico a dosis de 1,5-2,5 gr y metotrexate a dosis de 5-10 mg vo o sc. Tras el cambio de tratamiento, los pacientes presentaron una mejoría de la clase funcional significativa en todos los casos con una estabilización de la capacidad funcional respiratoria medida por espirometría y una mejoría de síntomas extrapulmonares, tales como la clínica articular y cutánea de la esclerodermia. El tratamiento fue bien tolerado en los 5 casos sin describirse efectos secundarios graves que obligaran a la retirada de ambos fármacos.

**DISCUSIÓN**

La neumopatía intersticial asociada a la esclerodermia y al síndrome de superposición es una entidad clínica con un curso progresivo que compromete la calidad de vida de los pacientes en pocos años y se asocia a un aumento de la mortalidad a largo plazo. La terapia estándar se basa en glucocorticoides, D-Penicilamina e inmunosupresores tales como la ciclofosfamida y la azatioprina. Las escasas opciones terapéuticas alternativas a esta pauta de tratamiento hacen difícil el manejo de la progresión o la recaída de la enfermedad. Por ello, es importante estudiar la acción de otros inmunosupresores.

**CONCLUSIONES**

Bajo nuestra experiencia, la administración combinada de micofenolato asociada a dosis bajas de metotrexate, puede ser útil para el control sintomático de la disnea en pacientes afectados de enfermedad intersticial pulmonar secundaria a enfermedades sistémicas, especialmente en la esclerodermia, y es capaz de frenar el deterioro progresivo de la capacidad funcional respiratoria. La combinación de ambos fármacos, a diferencia de la ciclofosfamida en monoterapia, es capaz de mejorar la clínica extrapulmonar de dichos pacientes, en particular, la afectación articular y cutánea. La seguridad y tolerancia fue buena.

**IF-04 TRATAMIENTO ANTIANDROGÉNICO Y ENFERMEDADES AUTOINMUNES: ¿UNA POSIBLE RELACIÓN CAUSA-EFECTO?**

I. Páez Rubio, S. Quattrino, E. Ortiz López, B. Pérez Muñoz, J. González Nieto, I. Martín Suárez

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

**OBJETIVOS**

Conociendo el papel de los estrógenos en el desarrollo de las enfermedades autoinmunes y de los andrógenos como antagonistas de la respuesta inflamatoria, nuestro objetivo es estudiar si en pacientes sometidos a tratamiento antiandrogénico, existe una mayor incidencia de enfermedades autoinmunes (EA). La idea surge tras el diagnóstico de tres pacientes en tratamiento con boqueo hormonal por cáncer de próstata, que desarrollaron una enfermedad autoinmune.

**MATERIAL Y MÉTODO**

Estudio observacional descriptivo retrospectivo en el que hemos revisado las historias clínicas de tres pacientes analizando variables clínicas a través de un protocolo de recogida de datos.

**RESULTADOS**

Se trata de tres varones con una edad media de 70 años, en tratamiento con bloqueo hormonal (flutamida + análogos de LHRH) por adenocarcinoma prostático, que no habían sido sometidos a intervención quirúrgica, que a los 6-12 meses desde el comienzo del tratamiento desarrollan una EA. En el primer caso, el paciente presentó un cuadro de artralgiyas y fiebre siendo diagnosticado de enfermedad de Still del adulto, realizando tratamiento con corticoides con evolución muy favorable. En el segundo caso, desarrolló una clínica compatible con Sd. Sjogren primario con afectación pulmonar incipiente e hipertensión arterial pulmonar tratándose con corticoides, hidroxycloquina y piridostigmina con buena respuesta. A los 4 años, presenta un brote de espondiloartropatía indiferenciada que se trató con salazopirina. El tercer paciente, desarrolló un síndrome seco asociado a una polimiositis inflamatoria, una artritis de mano y una esclerodermia localizada. Realizó tratamiento con corticoides, AINES, D-penicilamina y piridostigmina con respuesta favorable y remisión completa. El paciente falleció posteriormente por complicaciones secundarias a la enfermedad prostática. En todos los casos, se mantuvo el tratamiento con bloqueo hormonal a pesar de la concomitante EA.

**DISCUSIÓN**

Aunque en la literatura no se disponga de estudios concluyentes acerca de esta hipótesis y aunque no dispongamos de una muestra mayor, creemos interesante plantear la posibilidad de que los tratamientos antiandrogénicos estén relacionados con la aparición de EA. Se ha planteado un estudio conjunto de estos pacientes con el servicio de Urología de nuestro hospital.

**CONCLUSIONES**

Parece existir una relación causa-efecto entre el tratamiento con bloqueo androgénico y la aparición de Enfermedades Autoinmunes. Hemos abierto una línea de investigación para la realización de estudios futuros.

**IF-05 MANIFESTACIONES SISTÉMICAS EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON SÍNDROME DE SJOGREN 1º**

G. Cruz Caparrós<sup>1</sup>, F. Rivera Cívico<sup>1</sup>, J. Rubí Callejón<sup>2</sup>, M. Álvarez Moreno<sup>1</sup>

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

**OBJETIVOS**

Describir las manifestaciones sistémicas encontradas en una cohorte de pacientes con Síndrome de Sjogren 1º (SS) diagnosticados y seguidos en una consulta monográfica de Enfermedades Sistémicas de un Hospital Comarcal.

**MATERIAL Y MÉTODO**

Estudio retrospectivo de los casos diagnosticados de SS (en base a los criterios clasificatorios Americanos-Europeos del año 2002) en una consulta de Enfermedades Sistémicas desde su apertura en el año 1996 hasta Diciembre de 2009, y que, a día de hoy, continuamos revisando periódicamente. Describimos las características generales de los pacientes, la asociación a otras enfermedades autoinmunes organoespecíficas y, fundamentalmente, la prevalencia de manifestaciones extraglandulares de la enfermedad.

**RESULTADOS**

Del total de 420 pacientes que a día de hoy revisamos en la consulta de Enfermedades Sistémicas, 37 tienen SS 1º. Su edad media es de 55 años y 35 de ellos son mujeres (95%). Encontramos una asociación del 10% de Tiroiditis de Hashimoto y del 8% de Hepatitis crónica Autoinmune en el grupo de pacientes. Respecto a las manifestaciones extraglandulares, presentes en el 95% de los pacientes, las de mayor prevalencia son las articulares, presentes en 22 pacientes (60%). Destacamos la afectación de sistema nervioso periférico (documentada con EMG) en 6 de los pacientes (16%), siendo la Polineuropatía mixta axonal de predominio sensitivo la más vista y resaltando un caso de Neuropatía óptica desmielinizante con severa afectación de agudeza visual y otro de Neuropatía sensitiva atáxica como el de mayor repercusión funcional. Hemos encontrado afectación pulmonar atribuible al SS en 4 pacientes (10%), tres con neumonía intersticial difusa, uno de ellos linfoide, y uno con bronquiectasias y afectación obstructiva periférica. Otro tipo de afectaciones menos frecuentes fueron linfadenopatías periféricas, fenómeno de Raynaud, pericarditis o púrpura palpable.

**DISCUSIÓN**

De los resultados descritos, nos gustaría resaltar la afectación del Sistema Nervioso Periférico, una manifestación relativamente frecuente de la enfermedad y debida en la mayoría de los casos a isquemia de los vasa nervorum. La forma mas frecuente es una Polineuropatía mixta de predominio sensitivo distal y simétrica de los miembros inferiores pero no hay que olvidar otras formas y grados de afectación con repercusión funcional seria.

**CONCLUSIONES**

Nuestra serie, aunque pequeña, coincide con la casuística general en demostrar la elevada prevalencia de manifestaciones sistémicas en el SS 1º. Resaltar la importancia de la Neuropatía periférica que requiere, en la mayoría de los casos, instaurar tratamiento corticoideo e inmunosupresor.



**Osteoporosis (O)****O-01 MASA ÓSEA EN HOMBRES Y MUJERES CON FRACTURA DE CADERA**

C. Escorial Moya<sup>1</sup>, M. Montoya García<sup>2</sup>, R. Fernández Ojeda<sup>1</sup>, M. Vázquez Gámez<sup>2</sup>, R. Moruno García<sup>2</sup>, R. Pérez Cano<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos (Sevilla)

<sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Unidad Metabolismo Óseo. Hospital Virgen Macarena. Sevilla

**OBJETIVOS**

Conocer si hombres y mujeres presentan fractura de cadera con un mismo nivel de masa ósea, en distintas regiones esqueléticas.

**MATERIAL Y MÉTODO**

Se realizó un estudio analítico observacional prospectivo incluyendo de forma consecutiva, durante un año, aquellos pacientes mayores de 50 años con fractura de cadera no traumática, así como un grupo control. Se midió DMO con densitometría.

**RESULTADOS**

Se reclutaron 105 casos (70 mujeres y 35 varones, con fractura de cadera no traumática) y 63 controles (30 mujeres y 33 hombres) los resultados se exponen en la tabla 1. La masa ósea fue baja tanto en fracturas intra como extracapsulares y no hubo diferencias significativas entre ambas.

**DISCUSIÓN**

Cuando de determina la DV se observa que hombres y mujeres se fracturan a un mismo nivel de masa ósea. Quizás esto junto con que este nivel de masa ósea sea menos frecuente en el varón, explique la menor proporción de fracturas en este género. Tanto las fracturas intra como extracapsulares presentan una masa ósea baja y no existió diferencia significativa entre ambas a diferencia de otros autores.

**CONCLUSIONES**

Hombres y mujeres se fracturan a un mismo nivel de masa ósea. Las fracturas intra y extracapsulares presentan baja masa ósea.

Tabla 1.- Masa ósea expresada como DMO (densidad mineral ósea) medidos en gHA/cm<sup>2</sup> y DV (densidad volumétrica), medidos en gHA/cm<sup>3</sup>, en distintas áreas del esqueleto

	Media±E.S.	IC 95%	p
DMO-L2-L4 H	0,888±0,036	0,815-0,962	0,027
DMO-L2-L4 M	0,787 ±0,024	0,738-0,836	
DMO-Fémur H	0,738 ±0,033	0,672-0,805	0,008
DMO-Fémur M	0,630 ±0,021	0,588-0,671	
DMO-Cuello H	0,639 ±0,029	0,581-0,698	NS
DMO-Cuello M	0,579 ±0,018	0,543-0,616	
DV-Cuello H	0,110 ±0,005	0,100-0,121	NS
DV-Cuello M	0,110 ±0,004	0,103-0,117	
DV-Columna H	0,122 ±0,006	0,109-0,134	NS
DV-Columna M	0,128 ±0,004	0,120-0,136	

**O-02 HOMBRES Y MUJERES CON FRACTURA DE CADERA: VITAMINA D, PTH Y HORMONAS SEXUALES**

C. Escorial Moya<sup>1</sup>, M. Montoya García<sup>2</sup>, R. Fernández Ojeda<sup>1</sup>, M. Vázquez Gámez<sup>2</sup>, R. Moruno García<sup>2</sup>, R. Pérez Cano<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos (Sevilla)

<sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Unidad Metabolismo Óseo. Hospital Virgen Macarena. Sevilla

**OBJETIVOS**

Analizar si hombres y mujeres con fractura de cadera osteoporótica presentan los mismos factores asociados a la enfermedad en cuanto a: niveles séricos de hormonas sexuales y alteraciones en parámetros bioquímicos relacionados con el metabolismo óseo (PTH y vitamina D)

**MATERIAL Y MÉTODO**

Se realizó un estudio analítico observacional prospectivo incluyendo de forma consecutiva, durante un año, aquellos pacientes mayores de 50 años con fractura de cadera no traumática, así como un grupo control, analizado los parámetros bioquímicos: PTH, Vitamina D y hormonas sexuales.

**RESULTADOS**

Se recogieron 105 casos (70 mujeres y 35 varones) y 63 controles (30 mujeres y 33 varones). Un 67% de hombres fracturados y un 76% de las mujeres fracturadas presentaron valores de vitamina D menores a 20 ng/ml. Un 30% y un 47% de hombres y mujeres con fractura presentaron valores de PTH mayores de 50 pg/ml. Hasta el 56% de los controles presentaba niveles <20 ng/ml de vitamina D y el 33% valores de PTH mayores de 50 pg/ml. Se valoraron hormonas sexuales, estrógenos y testosterona. La testosterona no presentó diferencias significativas entre varones fracturados y sus controles. El estradiol fue menor en los casos con respecto a controles y en mujeres fracturadas frente a sus respectivos controles, así como fue mayor en los varones fracturados con respecto a las mujeres fracturadas.

**DISCUSIÓN**

Se conoce que la osteoporosis senil se relaciona con más frecuencia con el hiperparatiroidismo subclínico, y este a su vez está relacionado con un déficit de vitamina D. El déficit de vitamina D es ha sido un eco común en los pacientes fracturados y también en los controles. Aunque en la población estudiada no existía ningún caso de hiperparatiroidismo clínico, si que hemos encontrado un número importante de pacientes y controles con PTH elevada (>50 pg/ml). Hemos comprobado que a mayor edad, menores niveles de vitamina D y a su vez mayores niveles de PTH. Las hormonas sexuales, tanto estrógenos como andrógenos, juegan un papel muy importante en la fisiopatología del hueso. Hombres y mujeres con fractura de cadera presentaron niveles séricos de estradiol menor que los controles, sin embargo estos niveles han sido significativamente menores en mujeres que en varones fracturados y no fracturados.

**CONCLUSIONES**

1.- Los niveles de vitamina D son insuficientes en más del 50% de la población estudiada, tanto fracturada como controles. Hasta la tercera parte de pacientes con fractura de cadera y la población control presentan niveles de PTH sérica elevada, lo cual está en relación con los bajos niveles de vitamina D que observamos. - Los niveles séricos de estradiol son más bajos en personas con fractura de cadera y significativamente más bajos en el sexo femenino. Estos niveles son un factor de riesgo independiente asociado a la fractura de cadera. Sin embargo, los niveles de andrógenos no influyen en los valores de masa ósea ni se asocian con riesgo de padecer fractura de cadera en los varones.

**O-03 VALORACIÓN DE LOS NIVELES DE MASA ÓSEA EN MUJERES JÓVENES CON ANTECEDENTE MATERNO DE FRACTURA DEL EXTREMO DISTAL DEL RADIO**

R. Fernández Ojeda<sup>1</sup>, R. Moruno<sup>2</sup>, C. Escorial Moya<sup>1</sup>, M. Miranda<sup>2</sup>, M. Montoya<sup>2</sup>, M. Vázquez<sup>2</sup>, R. Pérez Cano<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos (Sevilla)

<sup>2</sup>Unidad de Osteoporosis. Complejo Hospitalario Virgen Macarena. Sevilla

**OBJETIVOS**

-Comprobar si los niveles de masa ósea en hijas jóvenes (20-41 años) de mujeres con antecedente de fractura del extremo distal del radio (EDR) son inferiores respecto a una población control.

**MATERIAL Y MÉTODO**

-Diseñamos un estudio de Casos y Controles (1:1) en el que incluimos un total de 187 mujeres (94% de las invitadas a participar en el estudio), de las cuáles 96 (51.3% del total) constituía nuestro grupo de Casos, es decir, eran las hijas, en edad de alcanzar el pico de masa ósea, de las mujeres con fractura del EDR y 91 (48.7% del total) constituía nuestro grupo Control, es decir, eran mujeres sanas de la misma área sanitaria y misma edad, que no contaban con este antecedente familiar de fractura, que fueron reclutadas en centros de atención primaria, consultas del hospital y acompañantes de familiares. Se excluyeron aquellas mujeres con enfermedades o tratamientos que pudieran influir en los valores de masa ósea. Se les realizó una historia clínica detallada, un estudio analítico general (que incluía determinación de parámetros de remodelado óseo) y un estudio de densitometría (DXA-LUNAR) en Columna lumbar, Cadera (cuello y cuello total) y Radio.

**RESULTADOS**

-Apreciamos unos valores de masa ósea inferiores de forma estadísticamente significativa en el grupo de casos respecto al grupo control, tanto a nivel de columna lumbar ( $p=.047$ ) como de cuello femoral ( $p=.006$ ), con un tamaño de efecto medio en ambos casos. Al comparar los valores de masa ósea en las mujeres cuya edad correspondía a la de la consecución del pico de masa ósea en columna lumbar (mujeres con edades comprendidas entre 31 y 41 años) no apreciamos diferencias significativas entre el grupo control y el de casos. Al establecer esta comparación a nivel de cadera (mujeres con edades comprendidas entre 20 y 30 años) tuvimos que hacer un ajuste de los resultados en base a la edad e IMC, ya que observamos diferencias en estos parámetros entre el grupo control y el de casos en este rango de edad. Tras dicho ajuste no apreciamos diferencias en el pico de masa ósea de cadera, aunque hay que destacar que los valores obtenidos en todas las regiones estudiadas fueron inferiores en los casos con respecto al grupo control.

**DISCUSIÓN**

-La presencia de una fractura del EDR se considera como uno de los signos más precoces de fragilidad esquelética secundaria a osteoporosis y supone un incremento del riesgo de padecer futuras fracturas osteoporóticas en la misma y en otras localizaciones esqueléticas, como cadera, tanto en las mujeres que las presentan como en descendientes de primer grado, habiéndose evidenciado que una historia familiar de fractura apendicular (muñeca o cadera) implica un mayor riesgo de fractura apendicular y no vertebral. Nuestro grupo de casos constituye, en este sentido, una población joven de riesgo de fractura sobre la que poder iniciar medidas preventivas.

**CONCLUSIONES**

-Las hijas de mujeres con antecedente de fractura del EDR presentaron unos menores niveles de masa ósea, a nivel tanto de columna lumbar como de cadera, al compararlas con una población similar sin dicho antecedente materno de fractura.

**O-04 MUJERES CON FRACTURA DEL EXTREMO DISTAL DEL RADIO (EDR): PREVALENCIA DE OSTEOPOROSIS Y DE FRACTURAS POR FRAGILIDAD PREVIAS**

R. Fernández Ojeda<sup>1</sup>, R. Moruno<sup>2</sup>, C. Escorial Moya<sup>1</sup>, M. Miranda<sup>2</sup>, M. Montoya<sup>2</sup>, M. Vázquez<sup>2</sup>, R. Pérez Cano<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos (Sevilla)

<sup>2</sup>Unidad de Osteoporosis. Complejo Hospitalario Virgen Macarena. Sevilla

**OBJETIVOS**

-Valorar los porcentajes de mujeres fracturadas con otras fracturas por fragilidad asociadas a la del EDR y los porcentajes de mujeres con masa ósea baja.

**MATERIAL Y MÉTODO**

-Se les realizó una historia clínica detallada y un estudio densitométrico (DXA-LUNAR) tanto a nivel de esqueleto axial como periférico a todas las mujeres participantes en el estudio.

**RESULTADOS**

-La edad media de las madres estudiadas fue de 61 años (44-87) De las 71 mujeres incluidas en el estudio, 30(42 %) presentaron otra fractura por fragilidad asociada; 17 de ellas (56.6%) presentaron una segunda fractura del EDR ipsilateral o contralateral, sólo 1 (3.3%) sufrió una fractura de cadera y en ninguna se evidenció una fractura vertebral sintomática. Se realizó un estudio densitométrico en columna lumbar, cadera y radio distal al 90,1% de las mujeres con fractura del EDR (N=64), observándose que el 89,1% (N=57) de las mismas presentaba una masa ósea baja en al menos una de las localizaciones esqueléticas estudiadas; y de ellas el 32% mostraba masa ósea baja en todas las localizaciones medidas, el 50% en dos de dichas regiones y el 18% en sólo una de las localizaciones o regiones esqueléticas valoradas (más frecuentemente a nivel de radio) El 47% (N=27) de las mujeres con masa ósea baja tenían criterios de osteoporosis en al menos una localización esquelética (radio, la más frecuente) y el 53% de las mismas (N=30) cumplían criterios de osteopenia (siendo las regiones afectadas más frecuentemente la de columna lumbar y radio)

**DISCUSIÓN**

-Numerosos estudios han examinado la asociación entre masa ósea baja y fractura del EDR. La mayoría encuentran una masa globalmente disminuida, mientras que otros la encuentran sólo en determinadas localizaciones esqueléticas; en este sentido, Earnshaw y cols. encuentran una menor masa ósea en mujeres post-menopáusicas menores de 65 años con fractura del EDR a nivel de cadera respecto a la esperada para su edad, mientras que Peel y cols. la encuentran a nivel de columna lumbar, indicándose un incremento del riesgo de fractura de cadera y vertebral, respectivamente, principalmente en las mujeres post-menopáusicas más jóvenes. Se ha estimado un incremento del riesgo de padecer una futura fractura de cadera de hasta un 50% superior al esperado sin este antecedente de fractura.

**CONCLUSIONES**

-Las mujeres con fracturas del EDR presentan una elevada prevalencia de baja masa ósea generalizada y un mayor riesgo de futuras fracturas osteoporóticas, por lo que suponen una población de riesgo, frecuentemente joven, que obliga a inicio de tratamiento preventivo.



**0-05 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y TERAPÉUTICAS DE LOS PACIENTES QUE INGRESAN EN NUESTRO CENTRO CON FRACTURA DE CADERA**

R. Fernández Ojeda, C. Escorial Moya, C. Conde Guzmán, Y. Marín Fernández, A. Mata Martín, M. Álvarez Alcina, J. Fernández Rivera, A. Fernández Moyano  
Servicio de Medicina Interna. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos (Sevilla)

**OBJETIVOS**

Analizar las características generales de los pacientes que ingresan en nuestro hospital con fractura de cadera, con especial interés en la adecuación de tratamiento específico para la osteoporosis en los pacientes previamente fracturados y al alta.

**MATERIAL Y MÉTODO**

Diseñamos un estudio retrospectivo descriptivo, seleccionando aquellos pacientes que ingresan con fractura de cadera por fragilidad en nuestro centro durante el año 2009. Valoramos variables antropométricas, descompensación de enfermedades crónicas, antecedentes de fractura por fragilidad y porcentaje de pacientes con tratamiento específico de osteoporosis previo y al alta.

**RESULTADOS**

Ingresaron 210 pacientes con el criterio de inclusión descrito, con una proporción mujer/varón 4/1 (170 mujeres y 40 varones). La edad media fue similar en ambos sexos ( $82 \pm 8,3$  y  $80 \pm 8,5$ , respectivamente). El 14% presentaba criterios de pluripatología (criterios SAS, 2007) y el 20% sufrió descompensación de enfermedades crónicas, siendo la más frecuente la insuficiencia cardiaca. Durante su estancia en planta el 12% presentó delirium. El 17% (35 mujeres y 1 varón) presentaban entre los antecedentes osteoporosis (criterios de fractura previa frágil y/o criterio densitométrico), de ellos sólo el 8% tenía tratamiento específico para la osteoporosis. Tras el alta hospitalaria se instauró tratamiento al 53% de los pacientes con fractura de cadera.

**DISCUSIÓN**

La incidencia de fractura de cadera en mujeres/hombres es similar a la descrita en otras series. La edad fue similar en ambos, a pesar que la mayoría de los estudios describen una edad mayor en los varones. Se observa una baja incidencia de descompensación de enfermedades crónicas a pesar de tratarse de una población frágil y de edad avanzada. En cuanto al tratamiento, encontramos una mayor proporción de pacientes tratados tras la fractura osteoporótica con respecto a los pacientes que ya tenían criterios para ello entre sus antecedentes, aunque es necesario una mayor sensibilización, dado los beneficios sobre la masa ósea y prevención de fracturas, del tratamiento específico para la osteoporosis.

**CONCLUSIONES**

La incidencia de fractura de cadera ha sido mayor en el sexo femenino, con una edad similar en ambos sexos. Ha existido una baja incidencia de descompensación de las enfermedades crónicas. Evidenciamos un incremento en la prescripción de tratamiento antirresortivo, en los pacientes con fractura osteoporótica, si bien de forma subóptima.

**Riesgo Vascular (RV)****RV-01 ESTUDIO DEL GROSOR ÍNTIMA-MEDIA COMO MARCADOR DE ATEROCLEROSIS SUBCLÍNICA EN MUJERES CON ANTECEDENTE DE COMPLICACIÓN VASCULAR DEL EMBARAZO**

I. Domínguez Fernández, M. Sánchez García, B. García Ojeda, Á. Blanco Molina  
UGC Medicina Interna. Hospital Reina Sofía. Córdoba

**OBJETIVOS**

Las complicaciones vasculares del embarazo (preeclampsia, la eclampsia y síndrome de HELLP) determinan un estado de disfunción endotelial, que constituye el evento inicial para el desarrollo de la aterosclerosis, lo que conlleva un aumento del riesgo de desarrollar una enfermedad cardiovascular. Nuestro estudio pretende establecer si la presencia de una complicación vascular durante el embarazo puede ser considerada como factor de riesgo independiente para el desarrollo de aterosclerosis subclínica, a través de la medición del grosor íntima-media evaluado mediante ecografía-doppler, comparado con una población de mujeres sanas nulíparas.

**MATERIAL Y MÉTODO**

Estudio transversal de casos y controles, comparándose un grupo de 15 mujeres primíparas que habían sufrido complicación vascular del embarazo con un grupo control de 15 mujeres nulíparas, apareadas por edad, índice de masa corporal y hábito tabáquico. Se realizaron determinaciones del grosor íntima-media evaluado mediante ecografía-doppler, así como de otros parámetros analíticos que se relacionan con la disfunción endotelial y la aterosclerosis subclínica.

**RESULTADOS**

Las pacientes con antecedente de complicación vascular del embarazo presentaban cifras significativamente más elevadas de VSG y triglicéridos ( $p=0,01$  y  $0,04$ ), así como valores más bajos de cHDL ( $p=0,002$ ). El grosor íntima-media de las pacientes con complicación vascular del embarazo era significativamente mayor que el del grupo control, con una  $p=0,001$ . En el análisis de regresión univariante, la existencia de antecedente de complicación vascular del embarazo ( $R: 0,578$ ;  $p = 0,001$ ), una VSG alta ( $R: 0,376$ ;  $p = 0,04$ ) y una HDL baja ( $R: 0,518$ ;  $p = 0,003$ ) demostraron ser factores de riesgo independiente para la presencia de un GIM más elevado. En el multivariante, la presencia de complicación vascular del embarazo continuó siendo significativa ( $p=0,02$ ).

**DISCUSIÓN**

Este estudio muestra un grosor íntima-media aumentado en el grupo de mujeres que han sufrido una complicación vascular del embarazo con respecto al grupo de nulíparas sanas. Dado que el grosor íntima-media de la arteria carótida es aceptado como marcador precoz de aterosclerosis, nuestros hallazgos pueden indicar una aterosclerosis acelerada en estas pacientes y por tanto un mayor riesgo de desarrollar enfermedad cardiovascular. Asimismo, se ha observado que existen diferencias en cuanto a marcadores bioquímicos de disfunción endotelial, tales como la PCR, la cual demostró tendencia a estar más elevada en las pacientes con complicación vascular del embarazo.

**CONCLUSIONES**

Las complicaciones vasculares del embarazo han demostrado ser factor de riesgo para enfermedad arterial coronaria. En nuestro estudio hemos detectado un grosor íntima-media elevado tras un episodio de complicación vascular del embarazo, lo que sugiere que el grosor íntima-media podría ser utilizado como marcador de potencial daño vascular en estas pacientes. Esto nos permitiría identificar a las mujeres que podrían beneficiarse de un cribaje precoz y de ciertas medidas preventivas (dieta, ejercicio, control de cifras de presión arterial, lípidos y glucosa plasmáticos) con el fin de evitar futuros eventos cardiovasculares.

**RV-02 PREVALENCIA DE FACTORES DE RIESGO VASCULAR EN PACIENTES CON HIPERTENSION ARTERIAL**

M. López Mesa, A. Clavo Sánchez, T. López Parra  
Servicio de Medicina Interna. Hospital Juan Grande. Jerez de la Frontera (Cádiz)

**OBJETIVOS**

Determinar la prevalencia de otros factores de riesgo vascular en nuestra población de hipertensos.

**MATERIAL Y MÉTODO**

Estudio descriptivo en 337 hipertensos a los que se les colocó un Holter de PA de 24 horas, se les midió el perímetro abdominal, se les realizó analítica de sangre que incluye glucosa, HbA1c, colesterol, triglicéridos, HDL, LDL, creatinina y ácido úrico y determinación del índice albúmina/creatinina en orina. Antecedentes de tabaquismo y antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular precoz.

**RESULTADOS**

Del total de la población estudiada el 54,1% son mujeres. Por grupos de edad el más prevalente el de 60 ó más años que representan el 45,4%, seguido por el de 40-59 años que representan el 41,8%. Presentaban un perímetro abdominal patológico (superior a 102 cm en hombres y 88 cm en mujeres) el 39,2%. El porcentaje de hombres mayores de 55 años y mujeres mayores de 65 años representaron el 38,6%. Presentaron dislipemia el 36,5%. Eran fumadores el 16,9%, diabéticos el 15,7% y tenían antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular precoz el 25,8% de nuestra población. En cuanto al número de factores de riesgo vascular exceptuando la hipertensión, un 25% presentaban un factor de riesgo asociado, el 33% dos factores de riesgo, el 25% tres, el 8% cuatro y un 1% cinco ó más factores de riesgo vascular asociado. Solo un 8% no presentaban otro factor de riesgo vascular asociado a la HTA.

**CONCLUSIONES**

Alto porcentaje de pacientes con factores de riesgo vascular asociados además de la HTA. A destacar una 67% con dos ó más factores de riesgo asociados. De entre ellos un alto porcentaje de obesos, dislipémicos y de pacientes con antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular precoz.

**RV-03 FIBRINOLISIS EN EL ICTUS UNA REALIDAD EN UN HOSPITAL COMARCAL. PROGRAMA TELEICTUS.**

A. Ramos Guerrero<sup>1</sup>, J. Fernández Rivera<sup>1</sup>, M. Romero Rivero<sup>1</sup>, R. Espinosa<sup>1</sup>, C. Pereira<sup>1</sup>, A. Palomino<sup>2</sup>, D. Jimenez<sup>2</sup>, A. Fernández Moyano<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos (Sevilla)

<sup>2</sup>Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Virgen del Rocío. Sevilla

**OBJETIVOS**

El objetivo de nuestro trabajo es mostrar la implantación en nuestro medio de un programa de colaboración vía web (programa teleictus) de conexión en tiempo real con el servicio de Neurología del Hosp. Virgen del Rocío ofertando a nuestros pacientes este tratamiento de contrastada eficacia, y describir los primeros datos obtenidos hasta la fecha.

**MATERIAL Y MÉTODO**

Para llevar a cabo dicho proyecto se ha diseñado un programa informático donde se recogen todas las variables necesarias a evaluar en estos pacientes, con una edad comprendida entre 18-80 años, registrándose los criterios de inclusión clínicos, analíticos, radiológicos, la puntuación obtenida en la escala del ictus del National Institute of Health (NIHSS), cuya puntuación debe estar entre (5-24), así como las pruebas complementarias realizadas. Al mismo tiempo, a modo de interconsulta, dicha información es valorada por el neurólogo de guardia en el Hosp. Virgen del Rocío, con el que tenemos contacto visual directo a través de videoconferencia, permitiéndole igualmente realizar una exploración clínica del paciente. Una vez consensuado la indicación de la fibrinólisis, y tras la cumplimentación del consentimiento informado, se inicia dicho tratamiento bajo la supervisión directa de los médicos responsable de nuestro hospital y el neurólogo de guardia del Hosp. Virgen del Rocío.

**RESULTADOS**

Exponemos los primeros datos obtenidos desde Noviembre del 2008 hasta Marzo del 2010. Durante este periodo se atendieron un total de 356 (4,9%) pacientes con diagnóstico de ictus sobre el total de altas de Medicina (7135). De estos pacientes 58 (16%) fueron hemorrágicos. La edad media fue de 74,5 años. Ciento sesenta y cinco pacientes (53%) tenían más de 80 años. La mortalidad atribuida a enfermedad cerebrovascular en este periodo fue del 6,7 %. Del total de pacientes atendidos por ictus sólo 113 eran candidatos a priori de fibrinólisis. En 45 ocasiones fue activado el programa Teleictus, llevándose a cabo dicho tratamiento en 6 pacientes (13 %), registrándose un tiempo puerta-aguja de 60 min aproximadamente. En el resto de casos no se llevó a cabo por: criterio temporal (11); NIHSS < 5 (8); NIHSS >24 (7); Comorbilidad (13).

**DISCUSIÓN**

El tratamiento mediante fibrinólisis en el ictus isquémico agudo esta considerado como un criterio de calidad en la atención de estos pacientes. El criterio temporal, una vez activado el código ictus (< 4,5 h), en ocasiones impide la accesibilidad de dicho tratamiento a determinados pacientes que se encuentran alejados de hospitales de referencia, donde es aportado por médicos especialistas en neurología. Es aconsejable crear sistemas que aumenten la accesibilidad y permitan aplicar dicho tratamiento a estos pacientes.

**CONCLUSIONES**

El programa teleictus puede ser un procedimiento efectivo y seguro en la toma de decisiones en pacientes con ictus isquémico agudo. A través de este programa, gracias a la estrecha colaboración con el Servicio de Neurología del Hospital Virgen del Rocío, permitimos a nuestros pacientes disponer de dicho tratamiento en estos casos.



**RV-04 EFECTO DE LA LDL AFÉRESIS EN LA FUNCIÓN ENDOTELIAL: RESULTADOS EN DOS CASOS DE HIPERCOLESTEROLEMIA FAMILIAR HETEROCIGOTA**

L. Beltrán Romero, A. Vallejo Vaz, L. Gómez Morales, S. Rodríguez Suárez, O. Muñiz Grijalvo, R. Moreno Luna, S. García Morillo, J. Villar  
Unidad Clínico-Experimental sobre Riesgo Vascular. Servicio. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla

**OBJETIVOS**

La LDL aféresis es un técnica de reciente implantación en nuestro medio que permite reducir los niveles plasmáticos de LDL en las hipercolesterolemias refractarias a tratamiento médico. En diversos estudios ha demostrado reducir los niveles de LDLc de forma significativa con respecto a tratamiento médico solo. Además, se ha propuesto que pueda tener un efecto beneficioso en la función vascular aparte de la reducción de LDLc por mejorar las propiedades reológicas plasmáticas al retirar citocinas proinflamatorias, moléculas de adhesión y fibrinógeno, factores emergentes relacionados con el riesgo vascular. La flujimetría láser-doppler permite estudiar de forma indirecta la disfunción endotelial al analizar los cambios producidos en la microcirculación tras isquemia transitoria y reperusión. En nuestro estudio analizamos la función endotelial en dos casos de hipercolesterolemia familiar heterocigota antes y después de una sesión de LDL aféresis.

**MATERIAL Y MÉTODO**

Dos pacientes, mujeres de 44 y 45 años, con hipercolesterolemia familiar heterocigota que presentan en su evolución eventos cardiovasculares isquémicos mayores con aterosclerosis clínica y subclínica en progresión y niveles de LDLc muy por encima del objetivo a pesar de tratamiento médico a dosis plenas. Por este motivo se incluyen en programa de LDL aféresis. Desde la primera sesión se observa una mejoría clínica evidente y reducción de los niveles de LDLc. Se realizó un estudio de la respuesta hiperémica post-isquemia (vasodilatación dependiente de endotelio) mediante flujimetría en condiciones de ayuno (láser doppler, perimed®, Suecia) antes y 24 horas después de una sesión de LDL aféresis por adsorción directa de lipoproteínas de sangre completa (DALI-system (TM), Fresenius).

**RESULTADOS**

Observamos un incremento de la respuesta hiperémica post-isquemia tras la sesión de LDL aféresis en ambas pacientes. El aumento es mayor en la paciente que parte de peor respuesta hiperémica post-isquemia inicial (caso 1) en la que el área de hiperemia prácticamente se duplica.

**DISCUSIÓN**

Se ha planteado que la LDL aféresis pueda tener efectos beneficiosos sobre la función endotelial aparte de la reducción de LDLc. Los resultados de nuestro estudio, aunque con un número de casos aún muy reducido que limita su interpretación, apoyan esta posibilidad.

**CONCLUSIONES**

La LDL aféresis, aparte del efecto directo en la reducción de los niveles de LDLc, podría tener un efecto indirecto (mediado por la reducción del LDLc y/o por la mejoría de las propiedades reológicas del plasma) consistente en una mejora de la vasodilatación dependiente de endotelio y, por tanto, de la función endotelial en pacientes con hipercolesterolemias refractarias tratados con esta técnica.

**RV-05 PREVALENCIA Y CONTROL DE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES DIABÉTICOS CON INGRESO POR SÍNDROME CORONARIO AGUDO: CASOS INCIDENTES VS PREVALENTES**

V. Núñez Rodríguez, D. Urdiales Castillo, R. Quirós López, M. García de Lucas, L. Hidalgo Rojas, M. Martín Escalante, S. Domingo Gonzalez, J. García Alegria  
Servicio de Medicina Interna. Hospital Costa del Sol (1). Marbella (Málaga)

**OBJETIVOS**

Comparar la prevalencia y el control de los FRCV en pacientes con diabetes mellitus (DM) que ingresan por síndrome coronario agudo, en función de si son casos incidentes o prevalentes de cardiopatía isquémica.

**MATERIAL Y MÉTODO**

Estudio descriptivo, incluyendo pacientes ingresados por síndrome coronario agudo con diagnóstico de DM desde el 1 de Enero al 31 de Junio de 2008. Análisis de variables epidemiológicas, comorbilidad, tratamiento previo al ingreso y control de los FRCV clásicos (previo al ingreso y tras seis meses de seguimiento).

**RESULTADOS**

Se incluyeron 121 pacientes, de los cuales 55 correspondían a casos incidentes de cardiopatía isquémica (45.4%). No hubo diferencias significativas entre grupos en edad, género, hipertensión arterial, dislipemia, insuficiencia renal previa, enfermedad arterial periférica, enfermedad cerebrovascular o tabaquismo. En los casos prevalentes se registró un uso significativamente mayor de AAS (66,7 vs 29,1, p<0,001), Clopidogrel (37,9 vs 7,3, p<0,001), IECAS-ARAI (53 vs 32,7, p=0,008), beta-bloqueantes (65,2 vs 12,7, p<0,001), diuréticos de asa (31,8 vs 9,1, p=0,004) y estatinas (63,2 vs 21,8, p<0,001). Por el contrario, no hubo diferencias estadísticamente significativas en el uso de sulfonilureas (28,8 vs 12,7, p>0,05), metformina (30,3 vs 23,6, p>0,05), glitazonas (4,5 vs 7,3, p>0,05), insulina (18,2 vs 14,5, p>0,05), calcioantagonistas (30,3 vs 16,4, p>0,05) y ahorradores de potasio (7,6 vs 3,6, p>0,05). La tabla 1 muestra el % de consecución de control de cada uno de los FRCV según las recomendaciones de las guías de práctica clínica.

**CONCLUSIONES**

En nuestra muestra, no existen diferencias en la prevalencia y el control de los FRCV de los pacientes con DM que tienen un síndrome coronario agudo, ya sea incidente o prevalente. El tratamiento de la DM es similar en ambos grupos, mientras que el uso de antiagregación, IECAS-ARAI, beta-bloqueantes, diuréticos y estatinas es mayor en los pacientes con SCA previo. El control de los beta FRCV tras el alta, según las recomendaciones de las guías de práctica clínica, es deficitario en ambos grupos.

Tabla 1. Porcentaje de consecución de cada uno de los objetivos terapéuticos

	Casos Prevalentes	Casos Incidentes	p
LDL-c pre (%)	51,5	30,2	0,002
LDL-c post (%)	25	18,9	NS
HDL-c pre	11,8	28,3	0,03
HDL-c post	14,7	17	NS
TG pre	36,8	45,3	NS
TG post	42,6	39,6	NS
HbA1C<7% pre	26,5	30,2	NS
HbA1C<7% post	25	30,2	NS
TAS pre	57,4	67,9	NS
TAD pre	80,9	75,5	NS

#### RV-06 CONTROL DE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN LOS PACIENTES DIABÉTICOS ANTES Y DESPUÉS DE UN INGRESO POR SÍNDROME CORONARIO AGUDO: ESTUDIO DESCRIPTIVO

D. Urdiales Castillo, V. Núñez Rodríguez, R. Quirós López, S. Domingo Gonzalez, M. Martín Escalante, L. Hidalgo Rojas, M. García de Lucas, J. García Alegría  
Servicio de Medicina Interna. Hospital Costa del Sol (1). Marbella (Málaga)

##### OBJETIVOS

Conocer la prevalencia y control de los factores de riesgo cardiovascular clásicos en pacientes diabéticos previamente y seis meses tras el ingreso por síndrome coronario agudo.

##### MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo, incluyendo los pacientes ingresados por síndrome coronario agudo con diagnóstico de diabetes mellitus (DM). Periodo de estudio: 1 de Enero de 2008 al 31 de Junio de 2008. Se analizaron variables epidemiológicas, comorbilidad, factores de riesgo cardiovascular y grado de control evolución tras un año de seguimiento.

##### RESULTADOS

Se incluyeron 121 pacientes durante el periodo de estudio. La edad media fue de 69.6 años (IC 95%: 67,8 -71,5), siendo varones el 60.3%. El IMC al ingreso fue de 28.8 (IC 95%: 27.8--29.9). Previamente al ingreso, el 78.5% de los pacientes eran hipertensos (cifras de TA promedio: TAS 133.5 mmHg, TAD 75.1 mmHg) y el 61.2% presentaban dislipemia, siendo ésta hipercolesterolemia aislada: 64%, hiperlipemia mixta: 24%, TG elevados y HDL bajo en el 10%. Tenían insuficiencia renal moderada (MDRD <60 ml/min) 20,7% del total, y grave (MDRD < 30 ml/min) en el 8.3%. Presentaban enfermedad arterial periférica 21 pacientes (17.4%). El 52.9% tenía antecedentes de cardiopatía isquémica, un 70% con angor (42.1% contaba con revascularización previa). El 28.1% tenía tabaquismo activo, el 32.2% eran ex-fumadores, y 10 pacientes (8,3%) tenían consumo de alcohol. El motivo de ingreso fue: IAM: 37.5% y angina: 62.5%. La mortalidad en el ingreso fue del 5% del total. Durante un año de seguimiento, 18 pacientes (14.9%) reingresaron por SCA, y 12 (9.9%) por ICC. Respecto a las recomendaciones actuales de las guías clínicas, la tabla 1 muestra el grado de cumplimiento de los objetivos terapéuticos (lipoproteínas y HbA1c) previo al ingreso y tras un seguimiento mínimo de 6 meses.

##### CONCLUSIONES

En nuestra muestra, población seleccionada de DM con muy alto riesgo cardiovascular ingresados por SCA, el control de factores de riesgo al ingreso era insuficiente y no mejoraba a los 6 meses tras el alta de manera significativa. Son necesarios nuevos esfuerzos multidisciplinarios e interniveles en el abordaje y manejo de los pacientes con DM y cardiopatía coronaria para un adecuado control de los FRCV.

Tabla 1. Grado de cumplimiento de los objetivos terapéuticos para lipoproteínas y HbA1C

	Previo al ingreso	> 6 meses
LDLc	42,1	22,3
HDLc	19	15,7
TG	40,5	41,3
HbA1C<7%	21,8	27,3

#### RV-07 CARACTERÍSTICAS DIFERENCIALES DE LA MONITORIZACIÓN AMBULATORIA DE PRESIÓN ARTERIAL EN PACIENTES DIABÉTICOS

I. Simón Prado, R. Quirós López, F. Poveda Gómez, M. Martín Escalante, S. Domingo González, M. García de Lucas, M. Corrales Domínguez, J. García Alegría  
Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Costa del Sol (1). Marbella (Málaga)

##### OBJETIVOS

Analizar las características diferenciales en el registro de MAPA entre pacientes diabéticos y no diabéticos.

##### MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo de los registros de MAPA realizados en el año 2009 en un hospital general de 350 camas. Se analizan y comparan dos grupos, en función del diagnóstico de diabetes mellitus (DM). Análisis de variables epidemiológicas, comorbilidad, tratamiento y registros de MAPA.

##### RESULTADOS

Durante el periodo de estudio se realizaron 248 registros de MAPA. En el 31% de los casos (77 pacientes) correspondieron a pacientes diabéticos. En este grupo fue mayor la prevalencia de hombres (54,5% vs 40,4%,  $p=0,026$ ), dislipemia (71,4% vs 46,2%,  $p<0,001$ ), antecedentes de cardiopatía isquémica (28,6% vs 14,7%,  $p=0,015$ ). En cambio, no hubo diferencias en la edad (61,7 vs 59,9 años,  $p=0,24$ ), el porcentaje de fumadores ni en los antecedentes de enfermedad cerebrovascular. En los pacientes diabéticos fue mayor el uso de ARA-II (62,3% vs 48%,  $p=0,04$ ) y beta-bloqueantes (46,8% vs 29,2%,  $p=0,009$ ), mientras que no se registraron diferencias significativas en el uso de IECAS,  $\beta$ -bloqueantes, calcioantagonistas y diuréticos. El tratamiento con estatinas fue mayor en los diabéticos (72,7% vs 38%,  $p<0,001$ ). Respecto al control de presión arterial aportado por el MAPA, sólo se registraron diferencias significativas entre grupos en el control de presión arterial sistólica diurna (141,7 vs 134,1 mmHg,  $p=0,01$ ), en el promedio de presión arterial sistólica (139,1 vs 130,7 mmHg,  $p=0,009$ ) y en la sobrecarga sistólica diurna (51,7% vs 33,4%,  $p<0,001$ ) y promedio de sobrecarga sistólica global (58,5% vs 41,4%,  $p<0,001$ ). No hubo diferencias en la presión arterial diastólica diurna, en la presión sistólica y diastólica nocturna, porcentajes de sobrecarga sistólica y diastólica ni en la desviación estándar de cada uno de los periodos analizados. La tensión arterial en consultas de los pacientes diabéticos fue de TAS 153,1 (IC 95%: 157,6 - 148,5) y TAD 83,4 (IC 95%: 86,2--80,6). El análisis del control diurno global de presión arterial mostró una mayor prevalencia de control anormal en los pacientes diabéticos (59,7% vs 45%,  $p=0,01$ ). No hubo diferencias en el control nocturno global de presión arterial entre grupos. Respecto al patrón nocturno no hubo diferencias significativas entre grupos en el porcentaje de pacientes con patrón dipper, non dipper y raiser.

##### CONCLUSIONES

En los pacientes diabéticos sometidos a MAPA existió peor control de las cifras de presión arterial sistólica diurna, global y en la sobrecarga sistólica. De igual modo en este grupo se objetivó mayor porcentaje de pacientes con un control anormal de la tensión arterial diurna. En nuestra muestra, la DM no se asoció a diferencias en el patrón nocturno de presión arterial. En los pacientes diabéticos de nuestra muestra el uso de ARA-II, beta-bloqueantes y estatinas es mayor.



**RV-08 INTERVENCIÓN EDUCATIVA-CONSULTA DE RIESGO VASCULAR EN PACIENTES DIABÉTICOS**

M. Villena Ruiz, L. Hidalgo Rojas, E. Rosa Camacho, R. Quirós López, L. Mérida Rodrigo, A. Aguilar-López, J. García Alegría  
 Unidad de Medicina Interna. Área de Medicina. Hospital Costa del Sol (1). Marbella (Málaga)

**OBJETIVOS**

Analizar el perfil de pacientes que reciben educación diabetológica y el impacto de la misma sobre el control metabólico de la diabetes y de los factores de riesgo cardiovascular clásicos.

**MATERIAL Y MÉTODO**

Estudio pre-post intervención tras 2 consultas médicas y 2 de educación diabetológica. Se incluyeron pacientes derivados a la consulta de educación por mal control en el periodo desde 01/01/2006 hasta 31/12/2007. Variables clínicas, analíticas y de tratamiento, en la primera consulta, grado de control de la diabetes (HbA1c) y de otros factores de riesgo cardiovascular.

**RESULTADOS**

De los 82 pacientes que se incluyeron, el 52.4% fueron mujeres. La edad media fue de 47.8 años (IC: 43.9-51.7). Los pacientes fueron: DM tipo 1 (N=38), DM tipo 2 (N= 42), diabetes gestacional (N= 2). El tiempo de evolución medio de la DM fue de 13.52 años (IC: 10.9-16.0). La comorbilidad fue: cardiopatía isquémica (7.3%), ictus (3.7%), arteriopatía periférica (4.9%), insuficiencia renal (14.6%), insuficiencia cardiaca (13.4%), dislipemia (32.9%), HTA (41.5%) y tabaquismo (17.1%). El 90% estaban en tratamiento con insulina en el momento de su inclusión. En las variables cuantitativas analizadas al inicio y al final de la intervención (tabla 1) se observó una reducción significativa de la HbA1c y de los triglicéridos. El conocimiento y la disponibilidad de glucagón pasó de 14.6% a 86.6% (p=0.01). No hubo cambios en el control de los factores de riesgo cardiovascular según las recomendaciones de las guías antes y después de la intervención.

**CONCLUSIONES**

En nuestra muestra de diabéticos con mal control metabólico, tras dos visitas a la consulta médica de riesgo vascular y de educación diabetológica mejoraron las cifras de HbA1C y la trigliceridemia, pero no lo hicieron el resto de factores de riesgo cardiovascular clásicos ni el peso. La educación diabetológica parece mostrarse efectiva para incrementar el conocimiento y la disponibilidad del glucagón.

Tabla 1: Peso, IMC, presión arterial y variables analíticas

	Pre-intervención	Post-intervención	p
Presión sistólica (mmHg)	132.5	131.2	NS
Presión diastólica (mmHg)	75.0	75.1	NS
Índice de masa corporal (IMC)	31.0	30.3	NS
HbA1c (%)	9.0	8.2	0.0001
Triglicéridos (mg/dl)	148.5	118.9	0.007

**RV-09 RESPUESTA AL TRATAMIENTO CON DOXAZOSINA DE LIBERACIÓN RETARDADA EN HTA SECUNDARIA A SAOS**

Z. Jiménez Ramírez<sup>1</sup>, J. Martínez González<sup>1</sup>, P. Gallardo Jiménez<sup>1</sup>, C. García Fernández<sup>1</sup>, M. Carrillo de Albornoz<sup>2</sup>, R. Gómez Huelgas<sup>1</sup>, P. Aranda Lara<sup>3</sup>  
<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Nefrología. Complejo Hospitalario Carlos Haya. Málaga  
<sup>3</sup>Escuela de Medicina del Deporte. Hospital Virgen de la Victoria. Málaga

**OBJETIVOS**

Descripción clínica de una cohorte de pacientes con hipertensión secundaria a síndrome de la apnea obstructiva del sueño (SAOS) y su respuesta a la administración nocturna de doxazosina de liberación retardada.

**MATERIAL Y MÉTODO**

Estudio descriptivo de una muestra de 25 pacientes constatados con HTA secundaria a SAOS procedentes de consulta monográfica de HTA de hospital de tercer nivel a los que se añade al tratamiento doxazosina de liberación retardada. Criterios de inclusión: HTA con características clínicas de resistencia que, presentando criterios clínicos de SAOS previo al diagnóstico de HTA, al realizar polisomnografía presentaban índice apnea/hipoapnea mayor de 10 con patrón non-dipper o raiser, excluyendo otras causas de HTA secundaria.

**RESULTADOS**

Los pacientes con SAOS presentan una edad media de 49.5 años +/- 7.2 años, con un promedio de sexo masculino (80% varones) y una duración media de la HTA en el momento del diagnóstico de 12 años. En el momento de acudir a la consulta el 60% están con tratamiento correcto, según las actuales recomendaciones, con una media de 2.98 +/- 1.26 fármacos. Los pacientes recogidos presentan: 20% sobrepeso, 80% obesidad (IMC 33.7 +/- 4.07), 85% sedentarismo, 52% DM II, 76% dislipemia y un 52% son fumadores. Se consiguió un control de la TA en el 60%.

**CONCLUSIONES**

La HTA secundaria a SAOS es difícil de controlar con tres fármacos. Aunque no se consiguió obtener cifras normotensas en todos los pacientes, se consiguió control de cifras en el 60% de ellos a los 9 meses (<140/90). La doxazosina de liberación retardada parece efectiva en el control de este tipo de HTA.

**RV-10 EVALUACIÓN DE LOS ICTUS ISQUÉMICOS EN PACIENTES QUE REALIZABAN TRATAMIENTO ANTIAGREGANTE CON ÁCIDO ACETILSALICÍLICO**

F. Godoy Guerrero, M. Maíz Jiménez, M. González Benítez, A. Pérez Rivera, C. Luque Amado, A. Muñoz Claros, M. Barón Ramos, A. Ruiz Cantero  
Servicio de Medicina Interna. Hospital de la Serranía. Ronda (Málaga)

**OBJETIVOS**

Analizar los ictus isquémicos en pacientes antiagregados con ácido acetilsalicílico ya se trate de un primer episodio o segundo y la relación que pudiera existir con las distintas variables que se describen en nuestra población.

**MATERIAL Y MÉTODO**

Se realiza un estudio descriptivo transversal donde se incluyeron todos los pacientes ingresados con el diagnóstico de ictus isquémico tratados con AAS entre enero de 2007 y diciembre de 2008. Se analizaron: antecedentes de diabetes, hipertensión, dislipemia, cardiopatía isquémica, tabaquismo, cifras de TA a su llegada, perfil lipídico, hemoglobina glicosilada y en el tratamiento prescrito al alta: IECA, ARAlI, betabloqueantes, diuréticos, ADO, insulina, hipolipemiantes, antiagregantes, calcioantagonista y bloqueantes alfa.

**RESULTADOS**

Se incluyeron 75 pacientes de los cuales 29 (38'7%) eran mujeres y 46 (61'3%) hombres. Sin diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres ante un 1º episodio de ictus isquémico y un 2º evento (48% vs 52% en hombres; 62% vs. 38%), La edad media era de 73'43 años (+/-10'97), la media de número de FRV fue de 2. Presentaban HTA 57 (76%), DM 39(52%), dislipemia 39 (52%), cardiopatía isquémica 28 (37'3%). Presentaron un primer episodio de ictus isquémico 40 pacientes (53'3%) y un segundo episodio 35 (46'7%). La dosis de AAS de 100 mg la tomaban 53 pacientes (70'7%), AAS 150mg 7 (9'3%) y AAS 300mg 15 (20%). La TA sistólica a la llegada era de 156'83 (+/- 27'64) y la diastólica de 80'80 (+/- 13'98). La cifra de CT media fue de 178'46 (+/- 41'53), HDL 37'79 (+/- 9'47), LDL 110'3 (+/- 37'88), HbA1c 7'2 (+/- 1'54). Se prescribió al alta IECAS 40 (53'3%), ARA II 17 (22'7%), calcioantagonistas 14 (18'7%), bloqueantes alfa 10 (22'7%), clopidogrel 31 (58'7%), insulina 9 (12%), ADO (metformina) 16 (21'3%), glibenclamida 6 (8%), diuréticos (furosemida 5 (6'7%), torasemida 12 (16%)), hipolipemiantes (atorvastatina 18 (24%), simvastatina 23 (30'7%), pravastatina 8 (10'7)), betabloqueantes (carvedilol 15 (20%), bisoprolol 3 (4%), atenolol 1 (1'3%).

**CONCLUSIONES**

1. La prevalencia de un segundo evento es alta (superior al 50%), a pesar del tratamiento antiagregante. Este hecho podría estar relacionado con una falta de respuesta al tratamiento con ácido acetilsalicílico. 2. Las mujeres presentan una tasa de eventos inferior al hombre. 3. En consonancia con lo descrito en otras series, la cardiopatía isquémica fue más frecuente en hombres. 4. No se puede establecer una relación entre número de factores de riesgo y riesgo de segundo ACV ni tampoco hubo relación entre los distintos factores de riesgo, analizados de manera independiente.

**RV-11 EL FIBRINÓGENO DERIVADO Y LA OBESIDAD ABDOMINAL**

J. Sojo Dorado, C. Peñas Espinar, J. Olmo Montes, M. Chacón Serrato, L. Martínez Martínez, A. Blanco Becerra, B. Gutiérrez Gutiérrez, F. Guerrero Igea  
Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Virgen Macarena. Sevilla

**OBJETIVOS**

El objetivo es valorar la relación entre obesidad y niveles sanguíneos de fibrinógeno, biomarcador inflamatorio y de coagulación, medido a través del método conocido como "derivado" ("Protrombin Time-Derived Fibrinogen"; PTDF).

**MATERIAL Y MÉTODO**

Se seleccionó a 400 pacientes que habían sido atendidos en una consulta de Medicina Interna General entre Marzo de 2008 y Marzo de 2009. De cada paciente se recogieron, entre otras, las siguientes variables: edad, sexo, talla, peso, IMC, perímetro de cintura (PC) y valor de fibrinógeno. Se descartó a aquellos que por presentaban algún procesos agudos o crónicos pudieran falsear los valores de fibrinógeno, es decir, trastornos inflamatorios, enfermedad tumoral activa, trombosis venosa, etc. La determinación de fibrinógeno se realizó usando un analizador de la compañía Dade Behring (Siemens) que mide la coagulación por un sistema foto-óptico y que precisa la adición de un reactivo específico, Thromborel®. La concentración de fibrinógeno se deriva, durante la determinación del tiempo de protrombina, por la variación en la señal óptica. Este fibrinógeno derivado, forma parte del estudio rutinario de coagulación en nuestro hospital. Se realizó un contraste de hipótesis con el test U de Mann-Whitney para comparar la presencia de obesidad abdominal y el nivel de fibrinogenemia y una regresión lineal usando el estadístico Rho de Spearman para comparar los valores del PC con los de fibrinógeno.

**RESULTADOS**

La tabla 1 recoge las características de la muestra. El perímetro de cintura guardó un correlación lineal significativa con el nivel de fibrinógeno en sangre (Rho 0,40; p<0,05) y usando el estadístico U de Mann-Whitney, el fibrinógeno fue mayor en aquellos pacientes que cumplían criterios de obesidad abdominal, es decir, perímetro de cintura mayor de 102 en varones o mayor de 88 cm en mujeres (p<0,05).

**DISCUSIÓN**

Estudios previos han validado la utilidad del fibrinógeno como factor de riesgo cardiovascular. Los pacientes con obesidad abdominal tienen mayor riesgo de sufrir eventos cardiovasculares. No podemos esclarecer si el fibrinógeno actúa como un mero marcador de la actividad inflamatoria (aumentada en pacientes obesos) o es un factor que media en los efectos adversos cardiovasculares de la obesidad. La determinación del fibrinógeno a partir del tiempo de protrombina parece ser útil en la práctica clínica y apoya datos previos usando otros métodos de determinación (fibrinógeno de Claus).

Tabla 1. Características de los individuos analizados

	Edad (Años)	IMC	P. Cintura (cm)	PTDF (mg/dl)
<b>Global n = 400</b>	58 +/- 18	30 +/- 6	95 +/- 16	349 +/- 88
<b>Hombres: 174 (43,5%)</b>	58 +/- 18	30 +/- 5	102 +/- 15	355 +/- 98
<b>Mujeres: 226 (56,5%)</b>	58 +/- 19	30 +/- 7	91 +/- 16	345 +/- 78



## RV-12 MANEJO DEL ACCIDENTE ISQUÉMICO TRANSITORIO EN URGENCIAS: ADAPTACIÓN A LAS RECOMENDACIONES Y PUESTA EN MARCHA DE UN PROTOCOLO ESPECÍFICO

R. Quirós López<sup>1</sup>, M. Martín Escalante<sup>1</sup>, S. Domingo Gonzalez<sup>1</sup>, J. Agulló García<sup>2</sup>, P. Valdés Solís<sup>3</sup>, A. Jiménez Puente<sup>4</sup>, L. Mérida Rodrigo<sup>1</sup>, J. García Alegría<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Cuidados críticos y urgencias generales, <sup>3</sup>Servicio de Radiodiagnóstico, <sup>4</sup>Unidad de Evaluación. Hospital Costa del Sol. Marbella (Málaga)

### OBJETIVOS

Mostrar el diseño de un nuevo protocolo de manejo del accidente isquémico transitorio (AIT) en urgencias, adaptado a las recomendaciones de la evidencia disponible.

### MATERIAL Y MÉTODO

Análisis preliminar del manejo previo del AIT en el área de urgencias de un hospital general de 350 camas, en el periodo comprendido entre el 1 de Enero y el 31 de Junio de 2009. Revisión sistemática de la evidencia clínica y recomendaciones acerca del manejo del AIT. Finalmente, diseño de un protocolo específico y puesta en marcha del mismo.

### RESULTADOS

Se analizaron 62 pacientes atendidos por AIT; edad media: 72.6 años (IC 95%: 7.0--75.1), hombres: 59.7%. En los antecedentes; HTA: 54.8%; dislipemia: 32.3%, diabetes: 35.5%; tabaquismo: 12.9%, ictus o AIT previo: 37.1%. La clínica fue en el 51.6% motora o sensitiva, afasia/disfasia: 17.7%, y en 9.7% indeterminada. El tiempo de duración de los síntomas fue < 10 minutos: 12.9%, < 60 min: 12.9% de los casos, no registrado: 38.7%. Se realizó TC de cráneo al 79% de los pacientes, ECG en el 75.8% y despistaje de soplo carotídeo en el 18.4%. Finalmente, un 72.6% de los pacientes fue antiagregado o anticoagulado al alta. En 22 pacientes (35.5%) se realizó derivación a consultas de Medicina Interna, con una demora media de 33.5 días. Tras la revisión de la literatura, se diseña un protocolo específico, basado en el ABCD score, para la estratificación del riesgo y establecimiento de toma de decisiones.

### DISCUSIÓN

El ABCD score supone una herramienta de validez y seguridad constatada en el manejo de los pacientes con AIT, por lo que supone el eje central en el árbol de decisión de estos pacientes si la edad es mayor de 60 años.

### CONCLUSIONES

En nuestra experiencia, se pueden mejorar diferentes aspectos relacionados con el manejo de los AIT, desde la atención en urgencias (estandarización y estratificación del riesgo, criterios de ingreso) hasta la posterior valoración ambulatoria (realización de pruebas y tiempo de evaluación). El diseño de un protocolo específico de manejo del AIT puede mejorar la calidad de atención.

## RV-13 CONTROL METABÓLICO EN UNA COHORTE DE PACIENTES DIABÉTICOS CON ENFERMEDAD ARTERIAL PERIFÉRICA DE MIEMBROS INFERIORES: ¿SE CUMPLEN OBJETIVOS TERAPÉUTICOS?

R. Domínguez Álvarez<sup>1</sup>, M. Rico Corral<sup>1</sup>, N. Jiménez Baquero<sup>1</sup>, M. Romero Correa<sup>1</sup>, F. Martínez Peñalver<sup>2</sup>, R. Pérez Cano<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen Macarena. Sevilla

<sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. USP Hospital de Marbella. Marbella (Málaga)

### OBJETIVOS

Conocer el grado de cumplimiento de objetivos terapéuticos en pacientes de alto riesgo cardiovascular en una cohorte de pacientes diabéticos con diagnóstico de enfermedad arterial periférica de miembros inferiores (EAP). Se consideran los siguientes, según la ADA 2010: glucemia preprandial <130 mg/dl, Hb 1ac en torno al 7%, LDL <100 mg/dl o <70 mg/dl si asocian otros factores de riesgo cardiovascular, HDL colesterol >40 mg/dl en varones y >50 mg/dl en mujeres, triglicéridos <150 mg/dl.

### MATERIAL Y MÉTODO

Datos obtenidos del seguimiento y registro en base de datos de una cohorte de 748 pacientes diagnosticados de arteriopatía periférica, entre Abril 2006 y Enero 2010, de los cuales 346 (46.3%) son diabéticos.

### RESULTADOS

El 75 % son hombres, con una edad media de 70,12 años, el 62,2% hipertensos, el 71,8% hiperlipémicos, el 72,3% fuman o han fumado, el 42% tienen cardiopatía y el 17% enfermedad cerebrovascular. En la tabla 1 se muestran los datos analíticos.

### DISCUSIÓN

Los objetivos se cumplen para Hb 1ac y triglicéridos (3ª revisión) y para glucemia basal (4ª visita), también para HDL (75% varones). El descenso de LDL no llega a < 70 mgr/dl, incluso en dislipémicos, que además tienen triglicéridos > 150 mgr/dl, con estatinas (40% con 80 mgr diarios de Atorvastatina).

### CONCLUSIONES

El control glucémico de nuestra cohorte alcanza los objetivos terapéuticos, no ocurriendo así con el control lipídico, considerando objetivos para pacientes de alto riesgo vascular.

Tabla 1: Evolución temporal de los parámetros analíticos en pacientes diabéticos con EAP y en el subgrupo que asocia hiperlipemia (HLP)

Revisiones Parámetros	1ª (nº pacientes)	2ª - 7,6 meses (nº pacientes)	3ª - 15,9 meses (nº pacientes)	4ª - 20,7 meses (nº pacientes)
Glucemia (mg/dl)	163,48 (166)	160,69 (105)	144,30 (53)	128,31 (25)
Hb 1ac (%)	7,60 (166)	7,77 (105)	7,35 (53)	7,21 (25)
CT (mg/dl)	183,49 (188)	172,13 (111)	161,60 (48)	160,08 (25)
- En HLP	182,71 (135)	174,04 (83)	161,85 (33)	161,66 (15)
LDL (mg/dl)	109,28 (188)	95,31 (111)	89,04 (48)	84,08 (25)
- En HLP	107,68 (135)	96,38 (83)	87,52 (33)	83,00 (15)
HDL (mg/dl)	43,79 (188)	44,98 (111)	47,79 (48)	47,92 (25)
- En HLP	43,56 (135)	44,40 (83)	46,91 (33)	47,40 (15)
TG (mg/dl)	168,12 (188)	181,35 (111)	144,96 (48)	144,92 (25)
- En HLP	175,50 (135)	191,85 (83)	158,64 (33)	169,47 (15)

**RV-14 ¿INFLUYE LA SEVERIDAD DEL SÍNDROME DE APNEA-HIPOPNEAS DEL SUEÑO EN EL PATRÓN DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL?**

A. Pérez Rivera<sup>1</sup>, E. Soto Hurtado<sup>2</sup>, M. Grana Costa<sup>1</sup>, M. Maíz Jiménez<sup>1</sup>, F. Cabello Rueda<sup>2</sup>, M. González Benítez<sup>1</sup>, A. Lara Fernández<sup>1</sup>, A. Ruiz Cantero<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Neumología. Hospital de la Serranía. Ronda (Málaga)

**OBJETIVOS**

Estudiar el ritmo circadiano de presión arterial (PA) en pacientes con diagnóstico de síndrome de apnea hipopnea del sueño (SAHS) que eran hipertensos conocidos.

**MATERIAL Y MÉTODO**

Se estudiaron 63 pacientes hipertensos con diagnóstico de SAHS. Se midió IMC, presión arterial casual, se realizó medida ambulatoria de presión arterial (MAPA) durante 24h y cuestionario cardiovascular.

**RESULTADOS**

El 90.5% de los pacientes eran hombres. Edad media de 54±8.5 año con IMC medio de 33.34kg/m<sup>2</sup>. El 52% tenían antecedentes familiares de HTA. Las medias de PA casual y por MAPA no alcanzaron significación entre los distintos grados de severidad de SAHS, pero sí fue significativa la caída nocturna de PAD (p<0.05).

**DISCUSIÓN**

Existe una relación entre SAHS y patrón non dipper de HTA. En el grupo de SAHS severo se encuentra el menor porcentaje de descenso fisiológico de PA nocturna, tanto sistólica (p<0.05) como diastólica.

**CONCLUSIONES**

El SAHS se relaciona con patrón non dipper de HTA, por tanto a peor pronóstico cardiovascular, además los SAHS más severos tienen una menor caída nocturna fisiológica de PA. Tal vez un control más estricto de PA conseguiría disminuir su riesgo cardiovascular.

Tabla 1. Caída nocturna de PA

Severidad SAHS	% caída PAS nocturna	% caída PAD nocturna
Leve (n=20)	15,1±9	11,2±8
Moderado (n=19)	11,8±7	11,5±5
Severo (n=24)	10,1±6	7,6±7

Tabla 2. Patrón HTA (MAPA) y PA según severidad de SAHS

	SAHS Leve	SAHS Moderado	SAHS Severo
<b>Patrón MAPA (%)</b>			
Extreme dipper	20	15,8	0
Dipper	25	42,1	41,7
Non dipper	50	36,8	45,8
Riser	5	5,3	12,5
<b>PA casual (%)</b>			
Normal elevada	15	15,8	20,8
Grado 1	50	36,8	45,8
Grado 2	30	36,8	12,5
Grado 3	5	10,5	20,8

**RV-15 ANÁLISIS DEL PATRÓN CIRCADIANO DE HTA EN PACIENTES CON SÍNDROME DE APNEA-HIPOPNEAS DEL SUEÑO E HIPERTENSIÓN**

A. Pérez Rivera<sup>1</sup>, E. Soto Hurtado<sup>2</sup>, B. Escolano Fernández<sup>1</sup>, M. Maíz Jiménez<sup>1</sup>, F. Cabello Rueda<sup>2</sup>, M. González Benítez<sup>1</sup>, V. Díaz Morant<sup>1</sup>, A. Ruiz Cantero<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Neumología. Hospital de la Serranía. Ronda (Málaga)

**OBJETIVOS**

Evaluar el patrón circadiano de presión arterial en pacientes con Síndrome de apnea-hipopnea del sueño (SAHS) e HTA.

**MATERIAL Y MÉTODO**

Se estudiaron 100 pacientes hipertensos diagnosticados por polisomnografía de SAHS. Se midió presión arterial casual, medida ambulatoria de presión arterial (MAPA) durante 24h, ecografía de troncos supraaórticos, IMC, perímetro de cintura, glucosa, hematocrito, hemoglobina, Creatinina sérica, perfil lipídico, PCR y MAU.

**RESULTADOS**

De los pacientes incluidos 94 eran hombres y 6 mujeres. Del total 52 presentaban patrón non-dipper. El 75 % de los dipper y el 78% de los non-dipper eran obesos. Las diferencias halladas entre los distintos patrones de HTA y el estudio polisomnográfico se recogen en la tabla adjunta (Tabla 1.). No se observaron diferencias significativas entre los distintos patrones y los marcadores de riesgo cardiovascular.

**DISCUSIÓN**

El SAHS es causa demostrada de HTA independientemente de la concurrencia de otros factores de riesgo, además se asocia con alteraciones del ritmo circadiano hacia el patrón non dipper, claramente más desfavorable. En nuestro estudio corroboramos los hallazgos publicados en la literatura además de no encontrar asociación entre los distintos factores de riesgo cardiovascular y los patrones circadianos.

**CONCLUSIONES**

En los pacientes con patrón non dipper existe un mayor porcentaje de SAHS severo, así como peores valores de los índices registrados en su estudio polisomnográfico. También presentan peor control de cifras de presión arterial casual y mayores valores de PAM nocturna. Tal vez con un control más estricto de las cifras de tensión arterial se conseguiría mejorar la severidad del SAHS.

Tabla. Diferencias entre los patrones dipper y non dipper

	Non dipper	dipper
PAM nocturna	106	96
Presión pulso	59,3	55
HTA severa (>180/110) (%)	21,2	16
Índice apneas hipopneas	47,9	40,7
Suma apneas e hipopneas	242	198
Índice de arousals	52,7	45,5
SAHS severo (%)	38,5	27,1
Placas en TSA (%)	59,4	44,8
Engrosamiento intimal (%)	44	32



**RV-16 PERFIL DEL PACIENTE ANCIANO INGRESADO EN UCI POR CARDIOPATÍA ISQUÉMICA EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO**

M. Mendiña Guillén<sup>1</sup>, P. Alaminos García<sup>2</sup>, D. Sánchez Rico<sup>1</sup>, J. Cantero Hinojosa<sup>1</sup>, F. González Díaz<sup>3</sup>, F. Miras Parra<sup>1</sup>, F. Pérez Blanco<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>3</sup>Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias (Sección UCI). Hospital Universitario San Cecilio. Granada

<sup>2</sup>Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias (Sección UCI). Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada

**OBJETIVOS**

Se puede hablar de la cardiopatía isquémica como la gran epidemia del siglo XXI; dado que el grupo de los pacientes ancianos constituye el más afectado por esta patología. Por este motivo resulta imprescindible conocer su perfil epidemiológico. El objetivo de este trabajo es conocer las características epidemiológicas y evolución del paciente anciano que ingresa en UCI por cardiopatía isquémica aguda.

**MATERIAL Y MÉTODO**

Estudio descriptivo de 237 pacientes de edad superior a 75 años que ingresan en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) DEL HOSPITAL Universitario San Cecilio de Granada por Infarto agudo de miocardio (IAM) y Angina inestable (AI). El periodo de estudio fue desde Octubre de 2007 a Noviembre de 2009. Se analizaron las siguientes variables: edad, sexo, factores de riesgo cardiovascular, estancia media, mortalidad, edad y variabilidad de los ingresos por mes/año. Se emplea para comparación de variables la  $\chi^2$  (Chi cuadrado) y se fija el nivel de significación del 5%.

**RESULTADOS**

La edad media en el grupo de los enfermos mayores de 75 años con IAM y AI fue de 80 y 79 años respectivamente. El 69% fueron varones y el 31% mujeres, ( $p < 0.05$ ). Los factores de riesgo cardiovascular más frecuentes fueron: hipertensión en el 32%, diabetes en el 20%, tabaquismo 15% (11% eran ex-fumadores) e hipercolesterolemia 10%. Otros factores 17% y ausencia de factores de riesgo cardiovascular 4%. La estancia media en UCI fue de tres días y la mortalidad de 1.2% en el grupo de AI y del 8.6% en el grupo de IAM ( $p < 0.05$ ). El 91% de los pacientes que ingresaron por IAM lo hicieron precozmente a las 24 horas del inicio de los síntomas. La mediana de edad fue de 79 años, 80 años y 79 años para los periodos 2007, 2008 y 2009.

**CONCLUSIONES**

El perfil del paciente anciano con cardiopatía isquémica, sería el de un varón de 79-80 años, hipertenso diabético y ex-fumador, que solicita asistencia en las primeras 24 horas del inicio de los síntomas.

**RV-17 NIVELES DE HDL-C EN PACIENTES CON ENFERMEDAD CAROTÍDEA ATEROSCLERÓTICA E ICTUS. ¿REALMENTE NOS IMPORTAN?**

L. Castilla Guerra<sup>1</sup>, M. Fernández Moreno<sup>2</sup>, J. Álvarez Suero<sup>1</sup>, N. Vargas<sup>2</sup>, E. Carmona Nimo<sup>1</sup>, F. Pozuelo del Rosal<sup>1</sup>, A. Espino Montoro<sup>1</sup>, J. Marín Martín<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital de la Merced. Osuna (Sevilla)

<sup>2</sup>Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Nuestra Señora de Valme. Sevilla

**OBJETIVOS**

Evaluar a largo plazo los niveles en sangre de colesterol asociado a lipoproteínas de alta densidad (HDL-C) y la relación entre los niveles de HDL-C y la enfermedad ateromatosa carotídea (EAC) en pacientes que han sufrido ictus isquémico.

**MATERIAL Y MÉTODO**

Se realizó un estudio prospectivo de 2 años de seguimiento de los pacientes dados de alta con el diagnóstico de ictus isquémico. Los pacientes fueron clasificados en 3 grupos según los resultados de la Ecografía Doppler: Grupo 1: Estudio normal, grupo 2: placas de ateroma con estenosis  $< 70\%$ , y grupo 3: placas de ateroma con estenosis  $\geq 70\%$ .

**RESULTADOS**

Se obtuvo una muestra de 135 pacientes. Después de dos años 103 pacientes (76,3%) estaban vivos. Sesenta pacientes (58,2%) eran hombres y 43 (41,7%) mujeres, edad media de 70,8 (10,8) años. De estos 33 (32%) pacientes fueron incluidos en el grupo 1, 53 (51,4%) en el grupo 2, y 17 (16,5%) en el grupo 3. Sesenta y cuatro (62,1%) pacientes estaban tomando estatinas: 48,4% de los pacientes en el grupo 1, 64,1% en el grupo 2, y del 82,3% en el grupo 3 ( $p = 0,014$ ). Las estatinas más utilizadas eran atorvastatina (28,1%) y la pravastatina (28,1%), seguido de simvastatina (26,5%), fluvastatina (14%) y lovastatina (3,1%). Después de dos años los niveles de lipoproteína de baja densidad (LDL-C) fueron 106 (28) mg / dL, 95 (31) mg / dL, y 85 (32) mg / dL en el grupo de 1, 2, y 3, respectivamente ( $p = 0,033$ ). Por último, la media de HDL-C sérica fueron 58 (13) mg / dL, 52 (11) mg / dL, y 45 (14) mg / dL en el grupo de 1, 2, y 3, respectivamente ( $p = 0,001$ ).

**DISCUSIÓN**

Las concentraciones bajas de HDL-C, se asocian con un mayor riesgo cardiovascular, incluyendo un mayor riesgo de accidentes cerebrovasculares isquémicos, y evidencias recientes sugieren que niveles bajos de HDL-C pueden agravar el proceso de aterosclerosis carotídea. En un reciente subanálisis del estudio SPARCL (Stroke Prevention by Aggressive Reduction in Cholesterol Levels) se concluyó que en pacientes con ictus valores de HDL  $> 50$  mg/dL se corresponden con el nivel óptimo en prevención secundaria. Según nuestro estudio, a largo plazo estos niveles sólo se alcanzan en menos de la mitad de los sujetos que han tenido un ictus isquémico.

**CONCLUSIONES**

Los niveles bajos de HDL-C son comunes entre los pacientes tras un ictus isquémico, especialmente en aquellos con un mayor grado de estenosis de carótida, e incluso en un contexto de tratamiento con estatinas. Nuestros resultados sugieren que las estrategias para elevar los niveles de HDL-C puede tener un papel clave en la prevención secundaria del ictus.

**Enfermedad Tromboembólica (T)****T-01 ESTUDIOS DE HIPERCOAGULABILIDAD EN EL ÁREA HOSPITALARIA DE JEREZ: EXPERIENCIA DE 1 AÑO**

S. Hueso Monge<sup>1</sup>, J. Hernández Castellet<sup>2</sup>, J. Jiménez Arjona<sup>1</sup>, R. Campos Álvarez<sup>2</sup>, V. González Doce<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Hematología. Hospital General de Jerez de la Frontera. Jerez de la Frontera (Cádiz)

**OBJETIVOS**

El tabaco, la obesidad o el sedentarismo son factores de riesgo de enfermedad tromboembólica sobre los que podemos actuar. Conocer los factores no modificables, como los estados de hipercoagulabilidad, ayuda a realizar una correcta profilaxis. Exponemos los resultados de los estudios de trombofilia realizados durante un año y así conocer su prevalencia en nuestro medio.

**MATERIAL Y MÉTODO**

Se realiza estudio descriptivo tomando como muestra todas las solicitudes de estudios de hipercoagulabilidad de 2008 de nuestro hospital (329 peticiones). Se analizan el motivo de solicitud, edad y sexo, factores de riesgo asociados, resultados de pruebas coagulativas, homocisteína, biología molecular (FVLLeiden, G20210A Protrombina, C677T MTHFR) y autoinmunidad (Anticoagulante lúpico, ACAs y Anti B2Microglobulina).

**RESULTADOS**

Se realizaron 329 estudios, siendo la edad media de los pacientes de 42,19 años, un 65% en mujeres. En 118 (35,9%) se obtuvo algún hallazgo patológico, 184 (55,9%) fueron normales y 27 (8,2%) no pudieron valorarse. Las causas obstétricas supusieron el principal motivo de solicitud pero presentaron el menor número de hallazgos patológicos (9,2%). Se detectó la misma alteración en un 68,4% de los pacientes con antecedentes familiares. En el 17,9% de peticiones no se especificó el motivo del estudio. En los eventos arteriales y venosos se obtuvieron resultados patológicos en menos del 50% de los estudios. Doce estudios se repitieron para verificar resultados dudosos, confirmándose sólo en 4 de ellos (33%). Los hallazgos patológicos más frecuentes fueron las mutaciones detectadas por biología molecular, en especial la C677T MTHFR (35,5%). Se detectaron alteraciones en las pruebas coagulativas (PC/PS/RPCa) en un porcentaje similar y niveles elevados de homocisteína en 27 de los 118 resultados patológicos. Las enfermedades autoinmunes suponen un 9,3% de los estudios positivos.

**DISCUSIÓN**

La trombofilia hereditaria se caracteriza por implicar un mayor riesgo trombótico, con aparición familiar, siguiendo un patrón de herencia AD. El riesgo es variable dependiendo de la alteración, por lo que conocer éstas ayudaría a realizar una profilaxis antitrombótica personalizada. No debemos pasar por alto la aparición de trombofilia adquirida (neoplasias, Sd antifosfolípido, sd mielodisplásicos, sd nefrótico...) que supone un grupo heterogéneo que incrementan de manera considerable el riesgo de padecer un evento trombótico.

**CONCLUSIONES**

En un importante número de solicitudes de estudio de hipercoagulabilidad no se especifica el motivo de la solicitud, ni los factores de riesgo asociados. Sería útil elaborar una hoja de recogida de datos para poder interpretar correctamente los resultados. El polimorfismo funcional C677T MTHFR es muy prevalente y tiene escasa repercusión clínica por lo que no se considera un factor de riesgo trombótico venoso y hoy día no debería incluirse en estudios de trombofilia congénita. Los niveles de homocisteína, por contra, son más predictivos de riesgo tromboembólico. La identificación de una alteración trombofílica implica un mayor riesgo trombótico, pero no necesariamente ha de ser el responsable del desarrollo de la trombosis. Por ello, el análisis de trombofilia no puede entenderse de manera aislada sino teniendo en cuenta la historia clínica personal y familiar del enfermo.

**T-02 MANIFESTACIONES TROMBÓTICAS Y HEMORRÁGICAS DEL SÍNDROME ANTICOAGULANTE LÚPICO - HIPOPROTROMBINEMIA**

J. González Nieto, E. Ortiz López, G. Mariscal Vázquez, S. Quattrino, B. Pérez Muñoz, I. Martín Suárez

UGC Medicina Interna. Área Hospitalaria Juan Ramón Jiménez. Huelva

**OBJETIVOS**

Evaluación del tratamiento y evolución de dos pacientes con manifestaciones trombóticas y hemorrágicas en contexto del síndrome anticoagulante lúpico - hipoprotrombinemia.

**MATERIAL Y MÉTODO**

Describimos dos casos clínicos de dos pacientes afectos de síndrome antifosfolípido primario (SAF) que debutaron con fenómenos hemorrágicos y alargamiento del tiempo de protrombina asociados a la presencia de anticuerpos antiprotrombina (APTA).

**RESULTADOS**

Caso 1: Hombre de 40 años con antecedentes de SAF primario diagnosticado a partir de un episodio de trombosis venosa profunda (TVP) y tromboembolismo pulmonar (TEP) anticoagulado, que presenta un episodio de hematoma suprarrenal bilateral espontáneo con TP 12,88 y TTPA>6 que no corrigieron con plasma. Se detectaron APTA IgG a títulos altos. Tras iniciar tratamiento con enoxaparina 60 mg/24h, corticoides y azatioprina 50 mg/12h, desaparecieron los fenómenos hemorrágicos con corrección del TP y negativización de los APTA. Presentó dos eventos trombóticos que desaparecieron con un aumento de la enoxaparina a 120 mg/d. Caso 2: Mujer de 35 años con antecedentes de SAF primario y episodios de metrorragias y epistaxis con alargamiento del TP, plaquetopenia y positividad de los APTA a títulos altos, corrigiendo el alargamiento del TP y la plaquetopenia tras la instauración de cloroquina 250 mg/d y corticoides a bajas dosis, desapareciendo las hemorragias y los APTA se mantuvieron positivos a títulos bajos. Posteriormente, presentó un episodio de TVP de vena cava superior siendo anticoagulada, tras lo cual, presentó un hematoma subdural espontáneo siendo retirada la anticoagulación oral. Tras la estabilización, se intentó dosis intermedia de enoxaparina, desarrollando un hematoma de pared abdominal en el lugar de inyección. Actualmente está con ácido acetilsalicílico 150 mg/d e hidroxycloquina 200 mg/d sin nuevos episodios trombóticos y hemorrágicos.

**DISCUSIÓN**

El diagnóstico de síndrome anticoagulante lúpico-hipoprotrombinemia en estos pacientes se basa tanto en hallazgos clínicos, caracterizados por la asociación de hemorragias y trombosis en un paciente con un SAF, y analíticos, por la presencia de alargamiento del TP y TTPA y anticuerpos antifosfolípidos y antiprotrombina. El mecanismo propuesto de la hipoprotrombinemia es la existencia de anticuerpos no neutralizantes unidos a la protrombina produciendo un rápido aclaramiento de complejos protrombina-anticuerpos antiprotrombina de la circulación. El tratamiento de elección es el tratamiento inmunosupresor con altas dosis de esteroides, azatioprina o ciclofosfamida. En caso de fracaso terapéutico se podría optar por tratamiento con danazol o inmunoglobulinas intravenosas a altas dosis. El uso del tratamiento anticoagulante no está bien establecido.

**CONCLUSIONES**

El síndrome anticoagulante lúpico-hipoprotrombinemia es una manifestación rara del SAF que hay que sospechar en aquellos pacientes con SAF, hemorragias y alargamiento del TP. En estos pacientes es necesario el tratamiento inmunosupresor para el control de las hemorragias. El tratamiento anticoagulante o, al menos, cierto grado de actividad anti-factor Xa puede ser necesaria debido a la coexistencia de fenómenos trombóticos.



### T-03 PROFILAXIS DE LA ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA. ADECUACIÓN DE LA DOSIS PROFILÁCTICA SEGÚN LA GUÍA PRETEMED VIGENTE

P. Alaminos García<sup>1</sup>, M. Mendiña Guillén<sup>2</sup>, J. Cantero Hinojosa<sup>2</sup>, D. Sánchez Rico<sup>2</sup>, F. Pérez Blanco<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias (Sección UCI). Complejo Hospitalario Virgen de las Nieves. Granada

<sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario San Cecilio. Granada

#### OBJETIVOS

Bajo el término de Enfermedad Tromboembólica Venosa (ETE), se engloban dos procesos muy prevalentes íntimamente relacionados: la trombosis venosa profunda (TVP) y el embolismo pulmonar (EP). La profilaxis en pacientes hospitalizados en los que concurren frecuentemente varios factores de riesgo (FR) (sobre todo tratándose de pacientes geriátricos) ha demostrado ser segura y eficaz. En la prevención de la ETE se utilizan fundamentalmente las heparinas de bajo peso molecular (HBPM), de muy fácil manejo y de administración subcutánea. La valoración de los distintos FR en cada individuo, permite establecer tres niveles de riesgo: bajo (RB), intermedio (RI) y elevado (RE), que vienen recogidos en la guía PRETEMED, publicada por la Sociedad Andaluza de Medicina Interna, en la cuál se indican las medidas recomendadas para cada nivel de riesgo. Objetivos: Conocer el número de pacientes hospitalizados con patologías médicas en los que se emplea profilaxis de ETE y el grado de adecuación de dicha profilaxis a la guía PRETEMED vigente (publicada en 2008) en un Servicio de M. Interna del H. Universitario S. Cecilio.

#### MATERIAL Y MÉTODO

Se trata de un estudio de corte transversal en el que en 10 días no consecutivos elegidos al azar entre los meses de Octubre de 2009 a Febrero de 2010 se incluyen 14 pacientes cada día ingresados elegidos al azar de entre nuestras 3 unidades del Sº de M. Interna, (excluimos sala de infecciosos y sistémicas) excluyendo también aquellos que por su patología de base precisaran tratamiento anticoagulante, pacientes con hemorragias o plaquetopenia que contraindican el uso de HBPM y se recogen, (según un protocolo elaborado a tal efecto) los FR de ETE, se estratifica el riesgo y se anota la dosis de HBPM y otras medidas físicas encaminadas a la prevención de esta enfermedad, comparando finalmente estos datos con las recomendaciones de la guía.

#### RESULTADOS

Se recogieron 140 pacientes (75 mujeres y 65 hombres); edad media: 73±5 años. Todos los pacientes tenían al menos 2 patologías concomitantes. De los 140 pacientes, 11 estaban en el nivel RB, 47 estaban en RI y el resto, 82 en RE. Todos, salvo 8 de los pacientes analizados eran tratados con HBPM. En ninguno se emplearon medidas físicas (vendaje de MMII). En el 86% de pacientes con RI la dosis de HBPM era correcta, mientras que en el 8.5% existía sobredosificación y en el 5.5% infradosificación. En el 84.1% de los pacientes en RE, la dosis de HBPM era adecuada, siendo en el 12.1% inadecuada por sobredosificación y habiendo tan solo 3 pacientes infradosificados. En el 90% de los pacientes en los que existe sobredosificación son obesos con IMC > 30. y algo más de la mitad de los infradosificados son pacientes con insuficiencia renal crónica.

#### CONCLUSIONES

La totalidad de los pacientes ingresados en nuestra unidad de crónicos son pluripatológicos y una parte considerable tienen un riesgo de ETE Intermedio, teniendo la mayoría de ellos un riesgo alto. En general la profilaxis de la ETE es adecuada en la mayoría de nuestros pacientes, aunque existe sobredosificación de HBPM en los pacientes obesos e infradosificación en pacientes con IRC. No se usó en ninguno medidas físicas

### Varios (V)

#### V-01 ACTIVIDAD ASISTENCIAL Y PROCEDIMIENTOS ENFERMEROS EN UN HOSPITAL DE DÍA MÉDICO DE UN HOSPITAL COMARCAL

A. Vera Carmona, C. Saavedra Sierra, F. Cabello Romero, D. Peláez Ceron, M. Cañero Torres, M. García Ordóñez

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

#### OBJETIVOS

Describir la actividad asistencial en cuanto a procedimientos enfermeros del HDM de un hospital comarcal y su área sanitaria y su evolución en dos periodos temporales.

#### MATERIAL Y MÉTODO

Estudio observacional descriptivo de carácter retrospectivo, en el que se estudian los pacientes atendidos en el HDM de un hospital comarcal durante los años 2008-2009. Fuentes de información: CMBD y las historias clínicas de los pacientes atendidos, recogiendo datos sobre los procesos asistenciales, los procedimientos llevados a cabo y toda la actividad que los rodea.

#### RESULTADOS

Durante el periodo 2008-2009 fueron atendidos 8565 pacientes con un incremento del 68,7% respecto al periodo 2005-2007. La distribución por áreas fue: 3811 (44,5%) medicina interna, 3009 (35,1%) hematología y 1745 (20,4%) oncología. La edad media fue de 61,9 ± 17,1 años (rango: 14-95), siendo el 44% varones. La procedencia de los pacientes fue: 71,9% ambulatorio, 19,6% hospitalización convencional, 5,8% urgencias y 2,7% Atención Primaria. Los procedimientos enfermeros se detallan en la tabla.

#### DISCUSIÓN

El Hospital de día médico (HDM) constituye una alternativa a las unidades de hospitalización convencionales, asegurando en todo momento un abordaje integral y multidisciplinar sin los riesgos y perjuicios de la hospitalización convencional. Para el año 2010 se pretende quiere un plan de asistencia compartida, integrando al Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos, la Unidad de Residencias y las Enfermeras Gestoras de Casos tanto del hospital como de las distintas zonas básicas de salud.

#### 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.

Tabla. Procedimientos enfermeros en Hospital de Día Médico

Procedimientos	2008	2009
Quimioterapia	874	664
Terapia inmunosupresora	105	272
Administración otras terapias	1320	1266
Procedimientos sobre reservorio	88	289
Transfusiones y sangrías	131	259
Preparación técnicas diagnosticas invasivas	262	383
Otros procedimientos	114	59

**V-02 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y PRONÓSTICAS SEGÚN FORMAS ETIOLÓGICAS DE LAS PANCREATITIS AGUDA**

A. Ruiz Serrato<sup>1</sup>, D. Marín García<sup>2</sup>, V. Galán Jurado<sup>2</sup>, C. Utrilla Ayala<sup>2</sup>, M. Vallejo Herrera<sup>1</sup>, F. Cárdenas Lafuente<sup>2</sup>, M. García Ordóñez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Digestivo. Hospital de Antequera. Antequera (Málaga)

**OBJETIVOS**

Analizar las características clínicas y evolutivas actuales de las pancreatitis agudas (PA) según su etiología y validar los clásicos criterios de gravedad.

**MATERIAL Y MÉTODO**

Durante un periodo de 30 meses se seleccionaron del CMBD de un hospital comarcal todos aquellos diagnósticos de PA. Se revisaron las historias clínicas y se recogieron datos demográficos, epidemiológicos, situación funcional, comorbilidad asociada, manifestaciones clínicas, parámetros de laboratorio, pruebas de imagen (Rx, ecografía y TAC) y variables evolutivas. Para los hallazgos del TAC abdominal se siguió la clasificación de Balthazar. Se definió PA grave aquella que presentó algunas de las siguientes: síndrome distress respiratorio adulto, deterioro hemodinámico con necesidad de apoyo inotrópico y fallo multiorgánico. Se recogieron las complicaciones tardías: necrosis infectada, pseudoquiste y absceso pancreático. Se utilizaron criterios de gravedad definidos, entre otros, APACHE-II y Ranson. Se calcularon la sensibilidad (S), especificidad (E) y valores predictivos positivos (VPP) y negativos (VPN) de los mismos.

**RESULTADOS**

Para el periodo de estudio se incluyeron 181 episodios de PA en 169 pacientes. La edad media fue de 64,8 años, siendo el 56,4% varones. En el 64,6% de los casos existía una enfermedad relevante concomitante. El origen de la PA fue: 108 (59,7%) biliar, 23 (12,7%) etílico y 40 (22,1%) idiopática. Las PA biliares fueron más frecuentes ( $p < 0,05$ ) en mujeres (69,9% por 47,2%) y ancianos (71,3% por 42,5%), sin presentar diferencias en cuanto a capacidad funcional y comorbilidad respecto a las de origen no biliar salvo mayor presencia de insuficiencia renal (9,3% por 1,3%). Tampoco hubo diferencias en cuanto a expresividad clínica ni en valores de laboratorio salvo cifras más elevadas de GOT en la PA biliar. Del total de PA, 13,6% presentaron en el TAC abdominal grado más severo (grado E de Balthazar), siendo similares en la PA biliares y no biliares. Del total, fueron 12,2% PA graves y en el 8,3% aparecieron complicaciones tardías (similar en PA biliar y no biliar). Específicamente en 2 (50%) de las PA post-CPRE la evolución fue grave. En el 2,8% del total de PA fue necesario drenaje o tratamiento quirúrgico. Fallecieron 6 (3,3%) pacientes (25% en caso de PA post-CPRE). Tanto los criterios de Ranson, APACHE-II como grado E Balthazar tuvieron una alta capacidad predictiva de PA grave (S:0.77, E:0.63, VPN:0.95; S:0.68, E:0.84, VPN:0.95; S:0.44, E:0.90, VPN:0.93; respectivamente) y no difirieron según el origen biliar o no.

**DISCUSIÓN**

Salvo pequeñas diferencias epidemiológicas como más frecuencia de PA biliar en pacientes de edad más avanzada y de sexo femenino, la expresividad clínica y evolución de las PA está claramente definida, siendo homogénea en sus diferentes formas clínicas. Excepcionalmente las PA post-CPRE parecen aportar un peor pronóstico, aunque el número de casos recogidos en esta serie es pequeña. Los criterios de severidad clásicamente utilizados mantienen su vigencia actual en cuanto a capacidad predictiva.

**CONCLUSIONES**

El espectro clínico y características evolutivas de las diferentes formas etiológicas de las pancreatitis agudas es similar, salvo las de origen post-CPRE que parecen comportar un peor pronóstico. Los criterios clásicamente usados para delimitar su gravedad tienen una alta capacidad predictiva.

**V-03 ANÁLISIS DE 26 CASOS DE RABDOMIOLISIS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL DE JEREZ DE LA FRONTERA**

V. González Doce, S. Alcaraz García, J. Jiménez Arjona, S. Hueso Monge  
Servicio de Medicina Interna. Hospital General de Jerez de la Frontera. Jerez de la Frontera (Cádiz)

**OBJETIVOS**

La rabdomiolisis consiste en una destrucción de células de músculo esquelético con subsecuente salida de su contenido al torrente circulatorio. Esta entidad se describió por primera vez en 1881, pero fueron Bywaters y Beal quienes describieron el síndrome en detalle tras la Batalla de Londres durante la Segunda Guerra Mundial. El desarrollo de rabdomiolisis se asocia con una gran variedad de procesos de diversa etiología. Su gravedad abarca desde elevación asintomática de los niveles de CK en sangre hasta situaciones de riesgo vital, con compromiso de la musculatura respiratoria, hiperpotasemia y fracaso renal agudo. El objetivo de nuestro estudio es determinar las causas de rabdomiolisis que con mayor incidencia se dan en nuestro medio, así como los principales factores precipitantes.

**MATERIAL Y MÉTODO**

Se realizó un estudio retrospectivo donde se analizaron todos los casos con diagnóstico de rabdomiolisis atendidos en las plantas de hospitalización del Servicio de Medicina Interna del Hospital General de Jerez de la Frontera en el periodo comprendido entre enero de 2009 y febrero de 2010. La información fue tomada de los informes clínicos de alta hospitalaria.

**RESULTADOS**

El número de casos de rabdomiolisis estudiados fue de 26, con una media de edad de 54,8 años (18-98). Su etiología fue: sobreesfuerzo físico (6 casos, 4 de ellos por spinning), convulsiones/agitación (4 casos), multifactorial (4 casos), traumatismo (3 casos) y miopatía (3 casos). Otras causas menos frecuentes fueron infección (2 casos), alteraciones hidroelectrolíticas (2 casos), farmacológica (1 caso) y golpe de calor (1 caso). En 10 de ellos la causa del ingreso fue la propia rabdomiolisis, mientras que en el resto fue secundaria a otro proceso principal. Tres de los casos desarrollaron insuficiencia renal aguda secundaria a rabdomiolisis. Las principales comorbilidades asociadas fueron HTA (30%), cardiopatía (23%), HTA (23%), toxicomanía (19%), hepatopatía (15%), demencia (15%), insuficiencia renal (12%) e infección por VIH (8%).

**DISCUSIÓN**

La rabdomiolisis constituye una entidad frecuente en los Servicios de Medicina Interna, siendo el esfuerzo físico excesivo su principal etiología. La práctica de spinning ha supuesto un 66% de las rabdomiolisis por sobreesfuerzo muscular, y casi un 30% de los casos de rabdomiolisis en menores de 50 años. Aunque en no escasa medida la rabdomiolisis es per se el motivo principal de ingreso hospitalario, en la mayoría de las situaciones aparece como complicación del proceso que precipitó la hospitalización. Si bien suelen ser cuadros leves, en ocasiones originan complicaciones graves con aumento de la morbimortalidad, como insuficiencia renal aguda. La alta prevalencia de pacientes pluripatológicos implica un aumento de casos de rabdomiolisis de origen multifactorial, donde se asocian decúbito prolongado, síndrome confusional, infecciones graves o polimedición entre otros.

**CONCLUSIONES**

El mayor número de casos de rabdomiolisis se da en pacientes ingresados por otro motivo. Es necesario identificar los factores de riesgo en estos pacientes para evitar la aparición de rabdomiolisis o iniciar tratamiento precoz en caso de que se produzca. Sería útil advertir a la población de los riesgos que comporta el ejercicio físico excesivo, y en particular la práctica de spinning, sin un adecuado control, puesto que supone una de las principales causas evitables de rabdomiolisis en la población joven.



**V-04 VALOR PREDICTIVO DEL REGISTRO DE VALORACIÓN INICIAL SOBRE LOS PROBLEMAS DE SALUD DE NUESTROS PACIENTES**

J. Méndez Moreno, M. Díaz Benavente, R. García Guerrero, A. Valdera García, S. Martín Matute, E. Valero Aliaga, M. Fernández Lora

**OBJETIVOS**

El proceso de atención de enfermería comienza con una entrevista inicial y sistemática del paciente (integral y estructurada) para la Identificación de problemas y necesidades del paciente mediante un registro protocolizado que incluye lo 9 P. funcionales de M. Gordon. Objetivo general: -Analizar la viabilidad del registro utilizado en la V.I para diseñar el plan de cuidados. Objetivos específicos: -Detectar si este registro nos aporta la necesaria información -Describir los parámetros que nos aportan estos registros.

**MATERIAL Y MÉTODO**

Estudio descriptivo retrospectivo realizado desde Octubre 09 a Febrero del 2.010. Ámbito: Unidad Clínica de Atención Médica Integral de H. Universitarios Virgen del Rocío. Muestra: se han analizado 69 registros seleccionados aleatoriamente. Recogida de información: Se ha confeccionado una plantilla utilizando el registro de V.I. protocolizado. Variables: dicotómicas y de escala: Identificación del Cuidador, Pluripatología, Polimedición; Patrones: a) causas que le dificultan seguir el tratamiento y cuidados, b) problemas con la alimentación; c) estado de la piel y mucosas, d) problemas relacionados con la respiración, e) problemas relacionados con el reposo y el sueño, f) riesgos de UPP.

**RESULTADOS**

Mediante el protocolo de V.I identificamos: -Nuestros pacientes tienen 75 a 85 años.75%, -Cuentan con Cuidador en 90%, -Presentan pluripatologías el 75%. -Polimedición 77% de los casos. - Tienen dificultad para seguir el Tto y los cuidados el 65% y es mayor en los hombres debido a incapacidad 50% de las veces. Presentan falta de apetito 50% -18% presentan UPP al ingreso. Es destacable que el 55% presenten riesgo de desarrollar una UPP. - 40% tienen edemas en MMII y estreñimiento - 30% presentan Incontinencia Urinaria. -Aunque el 57% deambula, al mismo tiempo el 85% precisa ser ayudado para las AVD y por consiguiente son dependientes. -Las principales manifestaciones que nos puede ayudar a comprender esta dependencia es porque el 74% presentan reducción de la energía y el 60% inestabilidad en la marcha. - Un 18% duerme mal y pocas horas.-Un 35% tienen déficit visual.- Un 32% manifiestan tener dolor de tipo crónico.

**CONCLUSIONES**

La V.I es la primera fase del proceso de Enfermería y consiste en la recogida de datos sobre el paciente y cuidador. Esta valoración por "patrones Funcionales de Salud": pone de manifiesto los hábitos y costumbres del individuo/familia determinando el funcionamiento positivo, alterado o en situación de riesgo con respecto al estado de Salud. Son la base para las decisiones y actuaciones posteriores. Nuestro estudio pone de manifiesto la importancia de seguir un orden en la valoración, de forma que, en la práctica, la enfermera adquiera un hábito que se traduzca en no olvidar ningún dato, obteniendo la máxima información. Y las razones que justifican su uso son: - Constituye un sistema de comunicación entre los profesionales del equipo sanitario - Facilita la calidad de los cuidados al poder compararse con unas normas de calidad - Permite una evaluación para la gestión de los servicios enfermeros.

**V-05 PROTOCOLO DE MANEJO MULTIDISCIPLINAR DE UVEÍTIS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL: UNA EXPERIENCIA DE DOS AÑOS**

M. Benticuaga<sup>1</sup>, M. Mantrana Bermejo<sup>2</sup>, M. Álvarez Alcina<sup>1</sup>, C. Palmero Palmero<sup>1</sup>, N. Aznárez López<sup>2</sup>,

E. Tena Sempere<sup>2</sup>, A. Fernández Moyano<sup>1</sup>, L. Castellón Torre<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Servicio de Medicina. <sup>2</sup>Servicio de Oftalmología. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos (Sevilla)

**OBJETIVOS**

Evaluar un Protocolo diagnóstico y terapéutico de manejo de Uveítis, de actuación conjunta entre los Servicios de Oftalmología y de Medicina tras dos años de experiencia del mismo.

**MATERIAL Y MÉTODO**

Considerando que el diagnóstico inicial tiene lugar por Oftalmología (OFT), establecimos los criterios de derivación a Medicina Interna, tiempo máximo de primera visita (7 días). Se definió el estudio inicial básico a solicitar para dicha derivación, incluido en nuestro sistema informático como "Perfil Uveítis" que incluye pruebas de laboratorio, iMantoux, test de patergia, ECG y pruebas de radiológicas. Se definieron igualmente las herramientas terapéuticas de las que disponemos en nuestro medio, que excluyen las terapias biológicas por no encontrarse en nuestra cartera de servicios, así como los criterios de derivación a nuestro centro de referencia. Hemos elaborado una base de datos de los pacientes incluidos en el protocolo desde su inicio enero 2008 hasta enero 2010 evaluando el cumplimiento del mismo, los diagnósticos y los resultados en salud, medidos como secuelas anatómicas y déficit residual de agudeza visual.

**RESULTADOS**

Se han derivado a Medicina Interna (MI) 22 pacientes, todos de forma adecuada según protocolo. La edad media fue de 43,5 años; 10 eran varones. El tiempo medio establecido se cumplió en más de la mitad. Se solicitó el perfil uveítis desde OFT el 33% de las veces el primer año y el 100% en el segundo. Fueron catalogadas de Idiopáticas 12 de ellas; el 45,5% restante se atribuyó a causa definida. En todas se utilizaron corticoides tópicos, corticoides orales en 13 y corticoides orales con IS clásico (Ciclosporina) en dos de ellas. Se derivaron a nuestro centro de referencia el 19% de los casos. Ninguno presentó secuelas anatómicas graves; uno de ellos sufrió déficit residual de agudeza visual (AV), nueve recuperaron respecto a la inicial y diez mantuvieron la AV de partida.

**DISCUSIÓN**

Si bien la atención en Unidades Específicas multidisciplinarias de patología uveal es el escenario óptimo, existen centros hospitalarios de tercer nivel que incluyen dicha patología en su cartera de servicios. Aunque el número global de pacientes / año es bajo y la mayoría sin enfermedad sistémica de base, es preciso la homogenización y coordinación de todos los profesionales implicados, dentro de las posibilidades diagnósticas y terapéuticas de las que se dispone en cada medio, estableciéndose igualmente criterios de derivación a dichas unidades específicas.

**CONCLUSIONES**

1.-La elaboración de protocolos clínicos en el manejo de la patología uveal constituye una herramienta básica de homogenización del manejo inicial en centros que no disponen de Unidades Específicas 2.- La implementación de nuestro protocolo ha sido exitosa tras dos años de experiencia 3.-Los Resultados en Salud del mismo y la conclusión de diagnóstico etiológico en un número no despreciable de casos podría mostrar la eficacia de nuestro protocolo.

### V-06 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS VALORADOS POR UN EQUIPO DE CUIDADOS PALIATIVOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

R. Domínguez Álvarez<sup>1</sup>, J. Boceta Osuna<sup>1</sup>, F. Martínez Peñalver<sup>2</sup>, I. Gómez Vasco<sup>1</sup>, J. Royo Aguado<sup>1</sup>, Aguayo Canela<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen Macarena. Sevilla

<sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. USP Hospital de Marbella. Marbella (Málaga)

#### OBJETIVOS

Conocer las características epidemiológicas y clínicas del paciente consultado al equipo de soporte de Cuidados Paliativos hospitalario (ESCPH), su destino al alta y el número de sedaciones que se precisan.

#### MATERIAL Y MÉTODO

Se trata de un estudio descriptivo de la actividad clínica del ESCPH desde el 01/03/08 al 28/02/09. Se creó una ficha de valoración de pacientes, recogiendo servicio remitente, edad, sexo, diagnóstico, estadio de la enfermedad, síntomas detectados y su intensidad, si requiere sedación (SP) y destino al alta. Las valoraciones se realizan a petición del médico responsable del paciente. El análisis de datos se realizó en SPSS 15.0.

#### RESULTADOS

Analizamos 315 pacientes oncológicos del total de 325 valorados que reunían criterios de inclusión en proceso asistencial de CP. La edad media era de 63,87 años; el 59% varones. El 71.4% se encontraban en situación terminal, el 24.4% avanzada no terminal y el 1.6% en situación de cronicidad. El 41.8% procedían de Oncología, el 26.8% Medicina Interna, el 14.1% de otras especialidades médicas y el 8.8% de especialidades quirúrgicas. El 4.9% estaban ya en Proceso de CP y el 95.1% eran casos nuevos. La media de tiempo de seguimiento fue de 6,16 días y generaron un total de 922 visitas. El 50.3% requirieron un Plan de Atención Compartida con los profesionales remitentes. La distribución por tipo de tumores fue: 37.1% gastrointestinal, 22.5% broncopulmonar, 10.2% genitourinario, 8.6% ginecológico, 7% mama, 13.3% otros tipos. El índice de Karnofsky medio fue de 40. En la 1ª valoración los síntomas que presentaban eran: náuseas 70.5%, disnea 53.7%, dolor 35.9%, estreñimiento 27%, delirium 23.5%, insomnio 20.3%. Al alta, se remitieron a Atención Primaria 23 pacientes de baja complejidad, 125 a los ESCP domiciliarios y se trasladaron 39 a otros centros. Finalmente 120 pacientes (38,1%) fallecieron bajo la asistencia compartida, 90 de los cuales recibieron SP según protocolo (un 26.6% de los atendidos por el ESCP, un 75,8% de los fallecidos y un 7,03% del total de fallecidos en el Hospital en ese periodo).

#### DISCUSIÓN

Consideramos que nuestro ESCPH valora un importante número de pacientes, que en su mayoría precisan seguimiento, bien en domicilio o bien en el propio hospital, de los cuales un considerable porcentaje precisan SP. El mayor número de pacientes consultados procede de Oncología. La coordinación con este servicio permite un tratamiento específico y paliativo simultáneo en un modelo que convendría extender. La coordinación con UCP y con el ESCPD facilita la derivación de pacientes, con la ventaja de haber sido valorados desde un recurso avanzado de CP.

#### CONCLUSIONES

El perfil clínico del paciente consultado es: varón de 60 años, oncológico en fase terminal, incapacitado, con primario broncopulmonar o gastrointestinal, y con deficiente control sintomático. El 35% fallecen durante su ingreso recibiendo CP, precisando en su mayoría SP. El resto de pacientes se derivaron principalmente a recursos de CP, aumentando la derivación a ESCPD en 125 pacientes. La ubicación de las UCP en hospitales de 2º nivel es eficiente, pero conviene promover el enfoque de CP en los grandes hospitales.

### V-07 EFICACIA DE RITUXIMAB EN MIOSITIS INFLAMATORIA IDIOPÁTICA DE CURSO REFRACTARIO ASOCIADA A SÍNDROMES OVERLAP

F. Muñoz Beamud<sup>1</sup>, B. Pérez Muñoz<sup>1</sup>, Y. Villalobos Carabante<sup>1</sup>, J. García Nieto<sup>1</sup>, I. Martín Suárez<sup>1</sup>, D. Isenberg<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Área Hospitalaria Juan Ramón Jiménez. Huelva

<sup>2</sup>Centro de Reumatología. University College London Hospital. Londres (Reino Unido)

#### OBJETIVOS

Evaluar eficacia de la depleción de células B utilizando Rituximab (R) en pacientes con dermatomiositis (DM) y polimiositis (PM) asociadas a síndromes overlap con curso refractario a terapia convencional.

#### MATERIAL Y MÉTODO

Se revisó la base de datos de pacientes diagnosticados de miopatía inflamatoria idiopática de un hospital de referencia y se seleccionaron los casos de DM y PM asociadas a otras conectivopatías que mostraron actividad inflamatoria a pesar de ser tratadas con varios inmunosupresores y que recibieron tratamiento con R. Se analizó la respuesta clínica y analítica a los 6 y los 12 meses, entendida como mejoría mayor del 20% en el índice MITAX y reducción de las cifras de CK sérica superior al 30% del valor basal.

#### RESULTADOS

Se identificaron cinco casos de síndrome overlap con miositis inflamatoria de curso refractario de un total de 96 enfermos, 4 mujeres y 1 hombre, con un promedio de duración de la enfermedad de 12,6 años (rango 3-29 años). Los diagnósticos fueron 2 casos de DM con lupus eritematoso sistémico (DM/LES), 2 de PM con artritis reumatoide (PM/AR) y uno de DM asociada a Esclerosis Sistémica (DM/ScI). Todos los pacientes recibían tratamiento basal con prednisolona en rango 7,5-15 mg/día, manteniéndose invariables previamente a la infusión de R; se suspendieron otros tratamientos inmunosupresores. Todos los pacientes recibieron 2 infusiones de 1 gr de R separadas dos semanas así como premedicación con 125 mg de metilprednisolona en pulsos intravenosos; adicionalmente, en 3 de los pacientes se asoció ciclofosfamida 750 mg intravenosos con cada infusión de R (DM/LES, PM/AR y DM/ScI), con objeto de lograr un efecto de depleción de células B más prolongado. Todos los pacientes alcanzaron depleción de células B (< 0.001 células/ml) al cabo de un mes y se prolongó por espacio de 17,4 meses por término medio (rango 7-40 meses). Entre los 3 pacientes que recibieron ciclofosfamida la prolongación de la depleción fue 26,6 meses de media frente a los 9,5 meses de los otros dos. Al cabo de 6 meses 3 pacientes mostraron mejoría en el MITAX con más de 60% sobre el valor basal y 3 pacientes más de 30% de reducción de los niveles séricos de CK (un cuarto paciente alcanzó 21,8%). Tras 12 meses de seguimiento los 3 pacientes señalados persistían estables con MITAX y niveles de CK acordes con los objetivos. Se revisaron los no respondedores: un paciente con PM/AR que no mostró respuesta y sí curso progresivo y se concluyó diagnóstico de miositis por cuerpos por inclusión al revisar la biopsia, entidad que no responde adecuadamente a ninguna terapia, y el caso de DM/ScI, de larga evolución, en el que se atribuyó la no mejoría clínica a la presencia de mayor daño muscular que actividad inflamatoria por medio de resonancia magnética nuclear. No se detectaron efectos adversos de gravedad durante el seguimiento.

#### CONCLUSIONES

Bajo nuestra experiencia, el empleo de Rituximab en pacientes con miositis inflamatoria en síndromes overlap en los que han fracasado otras terapias permite controlar satisfactoriamente la actividad de la enfermedad a largo plazo. La ciclofosfamida podría aumentar el beneficio de Rituximab profundizando y prolongando la depleción de células B. Finalmente, parece razonable revisar los casos y las biopsias de pacientes con curso progresivo y resistente a varias líneas terapéuticas para descartar diagnósticos erróneos. No obstante, el escaso número de pacientes de nuestro estudio sugiere tomar los resultados con ciertas reservas y se hacen necesarios ensayos controlados aleatorizados para valorar el papel de Rituximab en este subgrupo de pacientes.



### V-08 ESTUDIO DESCRIPTIVO: INDICE DE COMORBILIDAD DE CHARLSON Y PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS EN UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN DE ESPECIALIDADES MÉDICAS

B. Gutiérrez Gutiérrez, C. Rivera Rubio, J. Sojo Dorado, L. Martínez Martínez, M. Chacón Cerrato, A. Blanco Becerra, J. Guerrero Egea, M. Aguayo Canela  
Servicio de Medicina Interna "A"-UGC "ATICA". Complejo Hospitalario Virgen Macarena. Sevilla

#### OBJETIVOS

El índice de Charlson se utiliza para evaluar la comorbilidad, considerando ausencia de comorbilidad cuando su valor es de 0 a 1 puntos, comorbilidad baja con 2 puntos y alta cuando es mayor o igual a 3 puntos. La mayor parte de los pacientes pluripatológicos son atendidos en especialidades médicas y ello no llama demasiado la atención. Las categorías descritas como enfermedades crónicas, que se presentan como comorbilidad asociada, son trastornos atendidos por servicios médicos de manera habitual, y si se trata de reagudizaciones de alguna de estas categorías, es normal que sean estas especialidades las que atiendan a estos pacientes. El objetivo de este estudio ha sido evaluar la presencia de comorbilidad en pacientes ingresados en especialidades médicas así como el porcentaje de pacientes pluripatológicos.

#### MATERIAL Y MÉTODO

Se ha realizado un estudio de corte transversal en la primera semana del mes de marzo del 2010, evaluando a los pacientes ingresados en áreas médicas del área hospitalaria Virgen Macarena (Alergología, Cardiología, Digestivo, Endocrinología, hematología, oncología, Medicina Interna, Neumología, Neurología, y Reumatología) y recogiendo el índice de Charlson, así como categorías clínicas y procesos definidos en el P.A.I " Paciente Pluripatológico".

#### RESULTADOS

De los 163 paciente estudiados, el porcentaje de pluripatológicos fue del 40.49% (66pacientes), de los cuales el 78,79% (52pacientes) estaban ingresados en Medicina interna. En cuanto al índice de comorbilidad, cabe indicar que 39 pacientes (23,93%) tenían un índice Charlson de 0 puntos y 44 pacientes (26.99%) presentaron un índice de 1 punto. Mientras, 38 pacientes (23.1%) tuvieron índices de 2 puntos. Finalmente, 42 pacientes (un 25.77%) presentaron índices mayores o iguales a 3.

#### DISCUSIÓN

Del total de los pacientes estudiados, el porcentaje de pluripatológicos fue de 40.9%, de los cuales estuvieron ingresados en medicina interna el 78.8%. A la vista de los resultados, se deduce que del total de los 163 pacientes analizados, el 50,92% de los pacientes no presentaron comorbilidad (valores del índice de 0 y 1), un 23,31% tenía una comorbilidad baja y, por contra, un 25,77% presentaba una comorbilidad considerada como alta (índices mayores o iguales a 3). Como dato a tener en cuenta, cabe indicar que también se ha analizado el número de pacientes con alto índice de Charlson en el Servicio de Medicina Interna. Se ha comprobado que 31 de los 126 pacientes del Servicio (un 24,6%) presentaba alta comorbilidad (valor similar al porcentaje con alto índice Charlson para la muestra total).

#### CONCLUSIONES

El 78% de los pacientes pluripatológicos analizados en este trabajo son atendidos por los servicios de medicina interna. ¿Qué ocurre con un paciente que padece insuficiencia cardíaca y que presenta como mínimo otra enfermedad crónica cuando es atendido en otro servicio? Un abordaje integral de su pluripatología, es decir, de lo que representa la edad, la falta de autonomía, la capacidad cognitiva y la fragilidad, es lo que permite intervenir sobre este colectivo de manera eficaz.

### V-09 IMPACTO DE LA HOSPITALIZACIÓN PROLONGADA EN UN DEPARTAMENTO DE MEDICINA INTERNA

R. Bagina, C. Baeta  
Servicio de Medicina Interna. HDJMG - ULSNA/EPE. Portalegre (Portugal)

#### OBJETIVOS

Estudiar y caracterizar los pacientes con hospitalización prolongada y sus causas en un departamento de medicina interna.

#### MATERIAL Y MÉTODO

Se analizaron las hospitalizaciones en Medicina Interna referentes a los años 2007/2008, utilizando el SPSS V15.0. Se analizó una muestra constituida por 2673 pacientes, edad media de 72,8 años, siendo 51,4% del género masculino y con 11,8 días de hospitalización media. Divididos en 2 grupos según la duración de la hospitalización, considerándose hospitalización prolongada cuando la estancia hospitalar fue superior al expectable para la causa subyacente: G1: pacientes con hospitalización prolongada; G2: pacientes sin hospitalización prolongada.

#### RESULTADOS

G1: 27,9% de los ingresos, con hospitalización media de 23,7 días y 51,9% género masculino. Prevalencia de la infección nosocomial fue de 47,3%. La prevalencia de la infección del tracto urinario fue 55,4% y la prevalencia de la infección respiratoria de 54%. Murió el 14,5% de los pacientes y las causas de la hospitalización prolongada fueron las siguientes: Exámenes complementares diagnósticos 13,1%, dificultad de diagnóstico 13,9%, el 35% por terapia prolongada, complicaciones internas 32,1%, Problemas Sociales 22%. La hospitalización prolongada se verificó en pacientes con patología: cardiovascular-27, 6%, respiratoria-21, 8%, neoplásicas-12, 9%, nefrourológica-8, 3% y enfermedades infecciosas 6, 1%. G2: 72,1% de los ingresos, con una hospitalización media de 7,1 días, siendo 51,1% género masculino. La prevalencia de la infección nosocomial fue de 7,7%. La prevalencia de infección de las vías urinarias fue de 1,7% y la infección respiratoria de 2,9%. Murió el 12,3% de los pacientes

#### DISCUSIÓN

En el Departamento de Medicina Interna la hospitalización se puede extender más allá de lo que expectable por diversas causas. Las consecuencias son el aumento de la demora media y el aumento en la prevalencia de complicaciones. En el G1, la demora media aumentó en un 233,8% y sobre las complicaciones, es importante destacar la infección nosocomial, cuya prevalencia fue de 47,3% y 7,7% respectivamente en el G1 y G2. La prevalencia de la infección respiratoria nosocomial (54%) fue similar a la urinaria (55,4%). La mortalidad de G1 fue 15,2% superior al G2. La necesidad de una terapia prolongada, las complicaciones durante la hospitalización y los problemas sociales, constituyen las principales causas de hospitalización prolongada.

#### CONCLUSIONES

La hospitalización prolongada: 1. Es una causa importante del aumento en la demora media. 2. Aumenta significativamente la prevalencia de la infección nosocomial. 3. Aumenta la tasa de mortalidad. 4. Es atribuible a la necesidad de una terapia prolongada, complicaciones durante la hospitalización y a problemas sociales.

- V-10 VALORACIÓN DE UNA INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA EN UNA SERIE DE PACIENTES CON MIOSITIS INFLAMATORIA MEDIANTE EL ÍNDICE MITAX**  
 F. Muñoz Beamud, B. Pérez Muñoz, J. García Nieto, Y. Villalobos Carabante, I. Martín Suárez, J. Rodríguez Carrasco  
 Unidad de Enfermedades Autoinmunes. Unidad de Gestión Clínica. Hospital General Juan Ramón Jiménez. Huelva

### OBJETIVOS

Evaluar la eficacia del tratamiento de primera línea en pacientes afectados de miopatía inflamatoria idiopática utilizando como herramienta el índice por intención de tratar en miositis (MITAX).

### MATERIAL Y MÉTODO

Se revisaron las historias clínicas de pacientes diagnosticados de miositis inflamatoria en una unidad de enfermedades autoinmunes sistémicas de un hospital de segundo nivel y se valoró el grado de actividad inflamatoria mediante el índice MITAX al debut de la enfermedad y seis meses tras la intervención terapéutica inicial. Un sistema de puntuación numérico fue asignado a cada categoría del índice para obtener una puntuación global representativa de cada caso. Se evaluó, asimismo, la respuesta analítica mediante los niveles séricos de creatinina (CK). Se consideró respuesta favorable un descenso del 20% en el índice MITAX y un decremento del 30% en los niveles plasmáticos de CK. Aplicamos una estadística descriptiva simple para mostrar los hallazgos.

### RESULTADOS

Se detectaron cinco pacientes, 4 mujeres y un hombre, con una edad media de 50,2 años al momento del diagnóstico (rango: 22-75 años). Según los criterios de Bohan y Peter, cuatro pacientes padecían dermatomiositis y un paciente presentaba miositis como parte de un síndrome overlap junto con artritis reumatoide y síndrome de Sjögren. El valor medio del índice MITAX al diagnóstico fue 17,4 (rango: 9-27). Dentro de las categorías presentes, cuatro pacientes contaban con categoría A (máxima puntuación) a nivel muscular y cutáneo, destacando en uno de éstos un caso de afectación pulmonar sin llegar a demostrar Ac anti-Jo-1 positivos en sangre. Los niveles medios de CK fueron 1426,2 UI/L al diagnóstico (rango: 60-4383; valores normales 10-195 UI/L). El tratamiento más frecuentemente empleado, cuatro pacientes (80 %) fue Prednisona a dosis entre 50-60 mg/día v.o. en pauta descendente hasta 5-10 mg/día de mantenimiento a los seis meses, en combinación con Azatioprina en dosis 50-175 mg/día v.o. Un paciente recibió tratamiento con Prednisona 60 mg/día v.o. en pauta descendente y Metotrexate 10 mg semanales v.o. Tras un período de seis meses de observación, el índice MITAX se redujo en un 86,21 % por término medio en todos los pacientes, con respuesta favorable en todas las categorías. La respuesta para la afectación pulmonar se valoró mediante espirometría y TAC torácico, mostrando estabilidad en los parámetros funcionales y resolución de los infiltrados parenquimatosos. Los niveles de CK plasmática se redujeron en un 95,43% por término medio, alcanzando valores normales en todos los pacientes a los 6 meses. Cuatro pacientes presentaban positividad a anticuerpos antinucleares (ANA); no se detectaron anticuerpos específicos de miositis. Durante los 6 meses de seguimiento no se recogieron eventos adversos medicamentosos.

### CONCLUSIONES

Bajo nuestra experiencia, el empleo del índice de actividad inflamatoria por intención de tratar (índice MITAX) constituye una herramienta eficaz para la monitorización de la respuesta a una intervención terapéutica en miositis inflamatorias, permitiendo la modificación del régimen terapéutico atendiendo a criterios más objetivos cuando no se aprecia respuesta clínica.

- V-11 UNA PROPUESTA PARA UN USO SEGURO DE LA SEDACIÓN PALIATIVA EN UN HOSPITAL GENERAL**  
 F. Martínez Peñalver<sup>1</sup>, R. Domínguez Álvarez<sup>1</sup>, J. Boceta Osuna<sup>1</sup>, J. Royo Aguado<sup>1</sup>, A. Blanco Picabia<sup>2</sup>, C. Rivero Rubio<sup>1</sup>, Á. Blanco Becerra<sup>1</sup>, M. Aguayo Canela<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna "A"-UGC "ATICA" <sup>2</sup>Servicio de Psicología Clínica. Complejo Hospitalario Virgen Macarena. Sevilla

### OBJETIVOS

La Sedación Paliativa (SP) es la aplicación de fármacos sedantes para disminuir el nivel de conciencia cuanto sea preciso para aliviar síntomas o sufrimientos refractarios, en pacientes en situación terminal o agónica. Sin embargo el uso de este procedimiento sigue estando limitado a unidades de cuidados paliativos (UCP). La Asociación Europea de Cuidados Paliativos (EAPC) recomienda implantar protocolos de SP para evitar su uso inadecuado. Nuestro hospital dispone de un Protocolo de SP aprobado por la Comisión Central de Calidad, un Equipo de Soporte Hospitalario de CP, que puede valorar y dar atención compartida a pacientes ingresados si sus médicos responsables lo piden, incluyendo aplicación y seguimiento del protocolo de SP y una Comisión de Ética Asistencial (CEA), que puede reunirse en 24-48h. Nuestro objetivo ha sido analizar las SP realizadas en un año según Protocolo y comunicadas al Equipo de Soporte de CP, comprobar si se aplicó la SP cuando estaba indicada -aunque el paciente estuviera ingresado fuera de UCP- y evaluar si se realizó un uso seguro evitando uso abusivo, no indicado o subóptimo.

### MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo prospectivo, sobre el total de pacientes consecutivos con criterios de inclusión en Proceso Asistencial Integrado de CP comunicados al Equipo de Soporte de CP del área hospitalaria Virgen Macarena, en el periodo comprendido entre 01/03/08 y 28/02/09. Datos de las historias, peticiones de consulta, entrevista con el paciente y familia y exploración clínica. Clasificación según escalas del Proceso Asistencial de CP. Registro protocolizado de datos de sedaciones.

### RESULTADOS

Se atendieron 325 pacientes de CP, el 96% oncológicos. Se realizaron 90 SP según Protocolo (27.6%); en el 66% la indicación fue consensuada entre el ESCP con su médico, mientras que en el 33% la SP ya estaba indicada e iniciada. La duración fue entre 2-9 días en el 90% (media 5.5 días). En el 49.5% se aplicó en fase agónica (Menten $\geq$ 4) con una duración media de 37 horas, siendo el 97.6% de tipo continuo. En el 50.5% se trató de una SP en fase no agónica, con una duración media 230 horas, siendo en un 75% de tipo intermitente. Se realizaron 5 consultas al CEA y 10 consultas a otros servicios antes de indicar SP. El consentimiento informado previo a la SP fue verbal, recogido en la historia clínica, salvo en un caso en que había registro de voluntades vitales anticipadas; fue personal en el 11% y por representación en el 89%. Los medicamentos más empleados fueron midazolam 87.8% y levomepromacina 10.2%.

### DISCUSIÓN

El uso de protocolos y el asesoramiento de un CEA son medidas que se proponen para un correcto uso de la SP en centros donde no hay unidades de CP, evitando tanto su uso abusivo como su uso no indicado, por ejemplo cuando existen síntomas o sufrimientos no refractarios; pero también su uso subóptimo, ya sea por retraso excesivo en su aplicación, seguimiento insuficiente, empleo de fármacos o dosis inadecuados, omisión de la entrevista previa, obtención incorrecta del consentimiento o escasa atención al paciente, familia o equipo.

### CONCLUSIONES

En nuestra experiencia, la implantación de un Protocolo y la existencia de un Comité de Ética Asistencial permitió que la Sedación Paliativa se aplicara en los pacientes con síntomas refractarios allí donde estuvieran ingresados, y se evitó su uso abusivo, no indicado y subóptimo.



**V-12 ANÁLISIS DE LOS CASOS DE PANCREATITIS AGUDA INGRESADOS EN UN AÑO EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA**

M. Maíz Jiménez, M. Grana Costa, M. Barón Ramos, M. González Benítez, G. Jarava Rol, B. Escolano Fernández, G. Uribarri Sánchez, A. Ruiz Cantero  
Servicio de Medicina Interna. Hospital de la Serranía. Ronda (Málaga)

**OBJETIVOS**

Describir las características clínico epidemiológicas de los pacientes con Pancreatitis Aguda ingresados en nuestro servicio durante el año 2008 y su posterior evolución.

**MATERIAL Y MÉTODO**

Realizamos una serie de casos de los pacientes con diagnóstico Pancreatitis Aguda al alta de Medicina Interna durante el año 2008 y su posterior evolución hasta Marzo de 2010. Se recogieron datos clínico-epidemiológicos, mediante revisión de informes, historias clínicas y bases de datos hospitalarias.

**RESULTADOS**

De las 1895 altas de la UGC de Medicina Interna en 2008, 59 (3.1%) tuvieron como diagnóstico Pancreatitis Aguda. Edad media: 63.39±16.51 años, 64.4% varones. Etiología más frecuente fue Biliar (36 casos, 61%). El origen etílico estuvo asociado al sexo masculino ( $p<0.05$ ). Índice de Charlson medio fue de 1.68 ( $\pm 1.49$ ), mediana 1 y moda 1. Ajustado por edad: Media 3.68 ( $\pm 2.57$ ), mediana 4. Fue el primer episodio de pancreatitis en 54 casos (91.5%). La gravedad según las distintas escalas, se consideraron graves 25 casos (42.5%): Fallo orgánico en el 22%; mediana de los grados de Baltasar: B; escala de BISAP con mediana de 2 y moda de 1. A pesar de esto se trasladaron a UVI sólo 4 pacientes (6.8%) y fallecieron durante el ingreso 3 pacientes (5.1%). El desarrollo de pancreatitis aguda grave no se asoció significativamente con la edad, el sexo, la etiología ni la comorbilidad al ingreso. Se complicaron 23 casos (39%): Insuficiencia renal 12 casos (20.2%), insuficiencia respiratoria 6 casos (10.1%), infección del tejido pancreático 6 casos (10.1%) y formación de pseudoquistes en 5 casos (8.5%). Se indicó cirugía en 17 casos (28.8% del total). Los motivos de la no indicación fueron: Ausencia de patología quirúrgica: 29 (49.2%), Rechazo del paciente: 7 (11.9%), Desestimación por comorbilidad: 6 (10.2%). El tiempo hasta intervención fue de media: 6.06 meses ( $\pm 4.48$ ), mediana: 4. Se produjeron 6 recidivas, 5 de ellas en los 3 primeros meses tras el primer episodio.

**DISCUSIÓN**

La mayoría de las pancreatitis ingresadas en nuestro servicio ocurren en pacientes no ancianos y son leves moderadas. Generalmente son de evolución favorable pero en las de etiología biliar, con indicación quirúrgica al alta existe una demora considerable hasta la intervención y un porcentaje elevado de desestimación por parte del paciente o del médico de la misma a pesar de no ser pacientes añosos ni con pancreatitis previa grave.

**CONCLUSIONES**

Una vez analizados los resultados hemos planteado e iniciado actuaciones para mejorar el mismo que incluyen: -Utilización y registro en historia clínica e informe de alta parámetros clínicos que definen el síndrome de respuesta inflamatoria aguda incluido en la escala BISAP así como la misma con criterios de valoración de gravedad. -Consensuar con el servicio de radiodiagnóstico una valoración estandarizada de las pruebas de imagen. -Trabajar conjuntamente con la UGC de cirugía para protocolizar la valoración durante el ingreso de aquellos pacientes con indicación quirúrgica con el fin de optimizar la misma y los tiempos de espera hasta la intervención.

**V-13 CALIDAD EN EL GRADO DE INFORMACIÓN DEL PACIENTE HOSPITALIZADO: ¿NOS CONOCEN NUESTROS PACIENTES?**

B. Escolano Fernández, M. Maíz Jiménez, L. Serrano López, G. Jarava Rol, G. Uribarri Sánchez, M. Godoy Guerrero, V. Díaz Morant, A. Ruiz Cantero  
Servicio de Medicina Interna. Hospital de la Serranía. Ronda (Málaga)

**OBJETIVOS**

Nos planteamos este estudio para comprobar si los pacientes conocen al médico asignado, entienden la información que se transmite y el grado de satisfacción con el personal.

**MATERIAL Y MÉTODO**

Se realizó un corte transversal de todos los pacientes ingresados a cargo de nuestro Servicio. En los casos en los que el paciente presentara deterioro cognitivo o bajo nivel de conciencia, se interrogó al cuidador principal. Fueron evaluadas las siguientes cuestiones: si conocen el motivo de ingreso, el proceso diagnóstico/terapéutico al que va a ser sometido, el nombre del médico responsable, cuántos días lleva ingresado, si ha recibido la suficiente información y si resulta fácil acceder a su médico. Las encuestas se realizaron por un evaluador independiente al médico responsable del paciente.

**RESULTADOS**

Se incluyen 122 pacientes (62 mujeres y 460 hombres), con edad media de 71.96 +/- 14.28 años. Se hizo la encuesta a 83 pacientes (68%) y a 32 cuidadores principales (32%). Conocen el motivo de ingreso 102 (83.6%), el proceso diagnóstico/terapéutico 88 (72.1%), nombre del médico responsable 52 (42.6%), cuántos días lleva ingresado 109 (89.3%), ha recibido suficiente información 110 (90.2%) y si resulta fácil acceder al médico para aclarar dudas 112 (91.8%). No hubo diferencias significativas en cuanto a la edad, el sexo, encuesta realizada al paciente o al cuidador o los días de ingreso.

**CONCLUSIONES**

Encontramos un alto porcentaje de pacientes que no conocen el nombre de su médico, el motivo de ingreso y el proceso diagnóstico o terapéutico al que va ser sometido. Al analizar el proceso identificamos los siguientes factores: edad de los pacientes que no son capaces de recordar las indicaciones, ausencia de familiares en la hora de visita y apellidos de los facultativos de difícil pronunciación. Los pacientes están satisfechos con el grado y calidad de la información y la accesibilidad del personal. Se ha planteado incluir en la primera visita del ingreso información sobre el médico asignado y horarios de información

**V-14 ¿PODEMOS CALCULAR EL PRONÓSTICO VITAL EN ENFERMOS ONCOLÓGICOS EN FASE MUY AVANZADA?**

L. Fernández Rendón<sup>1</sup>, F. Rodríguez González<sup>1</sup>, J. Royo Aguado<sup>1</sup>, C. Rivero Rubio<sup>2</sup>, M. Rico Lucena<sup>2</sup>, A. Montilla Burgos<sup>2</sup>, B. Gutiérrez Gutiérrez<sup>2</sup>, M. Aguayo Canela<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Unidad de Cuidados Paliativos. Hospital San Lázaro. Sevilla

<sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna "A" - UGC "ATICA". Complejo Hospitalario Virgen Macarena. Sevilla

**OBJETIVOS**

Valorar la utilidad de la Palliative Prognostic Score (PaP Score), una escala predictora de la supervivencia al mes, cuando se usa en enfermos oncológicos terminales muy avanzados y que ingresan en una Unidad de Cuidados Paliativos (UCP), por reagudización de síntomas.

**MATERIAL Y MÉTODO**

Se realiza un estudio descriptivo prospectivo sobre 100 pacientes consecutivos oncológicos en situación terminal muy avanzada, que ingresan en una UCP. Se aplica la escala PaP Score, que emplea seis dimensiones (disnea, anorexia, estimación clínica de supervivencia en semanas, índice de Karnofsky, leucocitos totales por mm<sup>3</sup> y % de linfocitos), a los que se asignan puntuaciones que finalmente se adicionan, y que clasifica a los pacientes en tres grupos de probabilidad de supervivencia al mes: A.- Probabilidad de sobrevivir a 30 días >70% B.- Probabilidad de sobrevivir a 30 días entre 30%-70% C.- Probabilidad de sobrevivir a 30 días <30% De todos los pacientes conocemos el tiempo de supervivencia real desde la aplicación de la escala, por lo que se hizo un estudio de correlación entre este dato y el grupo de riesgo asignado por la escala.

**RESULTADOS**

Encontramos una aceptable correlación (Rho de Spearman 0,64) entre la estimación de la supervivencia en semanas realizada por los profesionales de la unidad y la supervivencia real de los pacientes. Sin embargo la clasificación de los pacientes en alguno de los tres grupos de probabilidad de supervivencia al mes fue menos adecuada, aunque esto podría ser efecto de nuestro diseño, al estar descompensados el número de pacientes en cada grupo. De hecho en el grupo "A", donde había mayor número de pacientes, las estimaciones de supervivencia fueron más concordantes. Mostramos los resultados en la tabla siguiente:

**DISCUSIÓN**

La PaP Score es una escala pronóstica muy empleada en Unidades de Cuidados Paliativos en el ámbito anglosajón e incluye entre sus dimensiones una estimación de supervivencia (en semanas) que debe hacer un clínico experimentado. Su uso se está generalizando en las UCP de nuestro país, aunque no conocemos que se haya validado en nuestro medio.

**CONCLUSIONES**

La estimación de la supervivencia en semanas realizada por un profesional experimentado tiene una aceptable correlación con la supervivencia real. Sin embargo, y a pesar de ser esta variable una dimensión importante en la PaP Score, la escala no tiene una buena exactitud en nuestros pacientes en fase terminal, al menos en aquellos con supervivencias reales más prolongadas.

Tabla

PaP Score	Grupo A	Grupo B	Grupo C
Nº pacientes	13	32	55
Rango y mediana de supervivencia	7 a 51 días 33 días	2 a 51 días 13,5 días	1 a 49 días 7 días

**V-15 EPIDEMIOLOGÍA DEL FRACASO RENAL AGUDO EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE UN HOSPITAL UNIVERSITARIO**

M. Mendiña Guillén<sup>1</sup>, P. Alaminos García<sup>2</sup>, D. Sánchez Rico<sup>1</sup>, J. Cantero Hinojosa<sup>1</sup>, F. González Díaz<sup>3</sup>, F. Pérez Blanco<sup>1</sup>, F. Miras Parra<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna <sup>3</sup>Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias (Sección UCI). Hospital Universitario San Cecilio. Granada

<sup>2</sup>Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias (Sección UCI). Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada

**OBJETIVOS**

El fracaso renal agudo (FRA) es un cuadro clínico frecuente en enfermos graves que acuden a urgencias y después son hospitalizados (5-30%). Hay que destacar el hecho de que siendo el FRA una entidad frecuente y de gran trascendencia en el pronóstico y la evolución del paciente grave; sin embargo el tiempo y espacio dedicado al mismo en la ponencia. El objetivo de este trabajo es conocer la edad, sexo y mortalidad de los pacientes que desarrollan FRA en su modalidad Disfunción renal vs Necrosis tubular aguda (NTA) atendidos en UCI.

**MATERIAL Y MÉTODO**

Hemos estudiado un total de 70 pacientes ingresados en la UCI del Hospital Universitario S. Cecilio de Granada en una unidad polivalente y en otra de enfermos coronarios agudos. Se registraron de forma consecutiva y la distribución se hizo de la siguiente forma: 35 con disfunción renal y 35 en el grupo de NTA. Para ello se emplearon los controles bioquímicos habituales (Creatinina en sangre y orina, aclaramiento de creatinina, FENa, osmolalidad en orina y urea en sangre). Se excluyeron los pacientes con Insuficiencia renal crónica y los que habitualmente reciben tratamiento con diuréticos.

**RESULTADOS**

El 60% de los pacientes tenía más de 65 años. Del global de pacientes 46 (66%), fueron hombres y 24 (34%) mujeres. Tanto en el grupo de disfunción como en el de NTA el sexo masculino fue el más frecuente (57% vs 74%). La mortalidad global en el FRA fue de 30/70 (43%). En el grupo de disfunción fue menor que en el grupo de NTA [9/35 (26%)] vs [21/35 (60%)]. Ver tabla.

**CONCLUSIONES**

1). En la mayor parte de los pacientes (65%) que desarrollan FRA la edad es superior a los 60 años. Tanto en el grupo de Disfunción como en el de NTA la edad de los pacientes fue similar. 2) El FRA considerado en su conjunto es más frecuente en el sexo masculino que en el femenino, ocurriendo lo mismo si distinguimos entre los dos grupos. 3). La mortalidad global de los pacientes graves que desarrollan FRA fue del 43%, siendo inferior en el grupo de disfunción comparado con el de NTA.

Tabla. Distribución por edades de los pacientes con FRA

	DISFUNCION	NECROSIS
NUMERO	35	35
X2	66	63
MINIMO	31	16
MAXIMO	86	87
DESV STANDART	13	15



## V-16 **PERFIL DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN MEDICINA INTERNA PROCEDENTES DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ANALIZADOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL**

A. Muñoz Claros<sup>1</sup>, C. Luque Amado<sup>1</sup>, P. Martínez López<sup>2</sup>, M. Maíz Jimenez<sup>1</sup>, A. Pérez Rivera<sup>1</sup>, I. Gallardo Romero<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital de la Serranía. Ronda (Málaga)

<sup>2</sup>Servicio de Medicina Intensiva. Complejo Hospitalario Virgen de la Victoria. Málaga

### **OBJETIVOS**

Analizar las características clínico-epidemiológicas de los pacientes ingresados en Medicina Interna durante 7 meses procedentes de una unidad de cuidados intensivos en un hospital de tercer nivel.

### **MATERIAL Y MÉTODO**

Estudio retrospectivo y descriptivo de los informes de alta de los pacientes ingresados en un servicio de cuidados intensivos desde febrero a agosto de 2009 ambos inclusive. Se recogen los datos clínico-epidemiológicos, índice de Charlson, mortalidad predicha, motivo principal de ingreso, días de estancia media tanto en U.C.I como en planta, y si se produce fallecimiento a lo largo de la estancia.

### **RESULTADOS**

Durante los 7 meses analizados hubo un total de 524 ingresos en UCI, de los cuáles 136 fueron destinados a cargo de Medicina Interna (26%). Setenta y ocho (59.1%) eran hombres, cincuenta y cuatro (40.9%) mujeres. La edad media fue de 59.8 ± 15 años. El motivo principal de ingreso fueron: 34.8% sepsis (descartando origen quirúrgico), 16.7% motivo cardiológico, 15.9% neurológico, 13.6% problemas respiratorios, 11.4% problemas en aparato digestivo, 6.76% miscelánea destacando las intoxicaciones. El índice de Charlson al ingreso tenía como resultado una mediana de 3. (Percentil 25: índice 2, Percentil 50: 3 y Percentil 75: índice de Charlson de 5. La mortalidad predicha al ingreso fue de 31.61% ± 22. Un 32% tuvieron complicación a diferente nivel del motivo de ingreso, siendo las mayoritarias etiología infecciosa (15%). La estancia media en U.C.I fue de 6.67 días y en planta de 21 días, con porcentaje de fallecimiento del 21%.

### **DISCUSIÓN**

No se observan criterios específicos para la derivación de pacientes desde la unidad de cuidados intensivos al servicio de Medicina interna, siendo una valoración global atendiendo sobretodo a comorbilidad, motivo de ingreso y complicaciones.

### **CONCLUSIONES**

-Casi un tercio de los pacientes ingresados en U.C.I son destinados a Medicina Interna. -La comorbilidad analizada mediante el índice de Charlson fue significativa, pesar de una media de edad no alta. -La principal causa de ingreso fue la Sepsis. -El motivo de complicación más frecuente fue la infección. -La estancia media en planta de Medicina Interna fue larga.

## **Normas para la presentación de comunicaciones**

El Comité Científico da una enorme importancia a las Sesiones de Comunicaciones, por lo que se ha procurado que no coincidan con ninguna actividad científica. Se ha hecho un esfuerzo notable para agrupar las comunicaciones por temas afines e incluir moderadores expertos en cada uno de los temas.

Importante. A diferencia de anteriores ediciones, este año no se presentarán en el Congreso pósters físicos impresos. La exposición tendrá dos vertientes. Por un lado las sesiones de comunicaciones, en las que se expondrán los trabajos mediante presentación en PowerPoint y, por otro, una exposición permanente, mediante pantallas táctiles, que estará a disposición de todos los asistentes. En estas pantallas se podrán consultar, en formato póster, las comunicaciones aceptadas e imprimir copias en blanco y negro de cada uno de ellas.

La presentación de las comunicaciones en las sesiones se realizará en PowerPoint (tres diapositivas sin animación, con un tiempo máximo de 5 minutos de exposición), proyectado mediante cañón sobre una pantalla normal. Para la visualización en las pantallas táctiles, se empleará una sola imagen en JPG (la que antes servía para crear el póster impreso).

Tanto la presentación como la imagen deberán enviarse online antes del inicio del Congreso. Para más información, consultar la página Web de SADEMI: [www.sademi.com](http://www.sademi.com)

## INFORMACIÓN GENERAL

### SEDE DEL CONGRESO

Hotel Meliá Sevilla  
C/. Dr. Pedro Castro, 1. 41004, Sevilla  
Tel: 95 442 26 11  
Fax: 95 442 16 08  
e-mail: [melia.sevilla@solmelia.com](mailto:melia.sevilla@solmelia.com)  
web: [www.solmelia.com](http://www.solmelia.com)

**FECHA:** 13-15 mayo de 2010


**ORGANIZA:** Sociedad Andaluza de Medicina Interna



### PRESIDENTE COMITÉ ORGANIZADOR:

Dr. Mariano Aguayo Canela  
Servicio de Medicina Interna  
Hospital Universitario Virgen Macarena  
Avda. Doctor Fedriani, 3. 41071 Sevilla  
Tfno.: 95 500 88 32  
e-mail: [aguayocanela.m@gmail.com](mailto:aguayocanela.m@gmail.com)

### Secretaría Técnica:

 **S&H Medical Science Congress**  
C/. Espronceda 27, Entreplanta. 28003 Madrid  
tfno: 91 535 71 83 - fax: 91 181 76 16  
e-mail: [congresos@shmedical.es](mailto:congresos@shmedical.es)  
Página web: [www.shmedical.es](http://www.shmedical.es)

### HOTELES Y VIAJES

#### Viajes Yacaré

C/. Ríos Rosas, 54. 28003 Madrid  
Tel.: 91 534 08 03 Fax: 91 536 00 01  
e-mail: [viajesyacare@e-savia.net](mailto:viajesyacare@e-savia.net)

### INSCRIPCIONES

Para una mejor organización, rogamos formalicen la inscripción con antelación a la celebración del Congreso. La inscripción se entenderá formalizada una vez se hayan satisfecho los derechos de la misma.

### DOCUMENTACIÓN

El jueves 13 de mayo de 2010 se entregará la documentación del Congreso a partir de las 09:00 horas.

### IDENTIFICACIÓN

Cada inscrito al Congreso dispondrá de una tarjeta de identificación individual e intransferible. Es imprescindible su presentación para tener acceso a la sede del Congreso y permanecer en la misma.

### CERTIFICADOS DE ASISTENCIA

Los certificados de asistencia se entregarán el Sábado 15 de mayo a partir de las 10:00 horas.

### IDIOMA

El idioma oficial del Congreso será en castellano.

### EXPOSICIÓN CIENTÍFICA

Durante los días del Congreso tendrá lugar la exposición científico-técnica de las Casas Comerciales y Laboratorios Farmacéuticos.

Estará ubicada en el área de exposición (Salones Nervión y Arenal)

#### Horario:

**Jueves, 13 de mayo 2010:** 09:00 – 14:00 horas y de 16:00 – 20:30 horas  
**Viernes, 14 de mayo 2010:** 09:00 – 14:00 horas y de 16:00 – 19:00 horas  
**Sábado, 15 de mayo 2010:** 09:00 – 13:30 horas

### PAUSA-CAFÉ

Los cafés se servirán en las zonas de exposición comercial

### ALMUERZOS DE TRABAJO

Se realizarán en la Sede del Congreso, siendo imprescindible la presentación de la acreditación correspondiente.

### RECEPCIÓN DE PONENCIAS

Las ponencias han de ser entregadas en la Secretaría Técnica, como mínimo 2 horas antes de que comience las sesiones científicas.

### INSCRIPCIÓN Y RESERVAS HOTELERAS

El Comité Organizador ruega encarecidamente a los miembros de la Sociedad una rápida respuesta.

### INSCRIPCIONES

Se pueden inscribir directamente por tres vías diferentes:

1. A través de las siguientes páginas Web: [www.sademi.com](http://www.sademi.com) [www.fesemi.org](http://www.fesemi.org) [www.shmedical.es](http://www.shmedical.es) dentro de la sección Inscripciones
  2. Por fax (91 181 76 16), enviando el boletín de inscripción adjunto, con el justificante de la transferencia realizada.
  3. Enviando por correo postal a la Secretaría Técnica el boletín de inscripción adjunto, además del talón o copia del resguardo de la transferencia realizada.
- Recomendamos realizar las inscripciones a través de la página Web, ya que facilita la gestión de la información
- Si se inscribe a través de la página Web, automáticamente aparecerá como preinscrito. Para dar validez a la inscripción no debe olvidar imprimir el formulario y enviarlo por correo postal a la Secretaría Técnica junto con el talón o copia del resguardo de la transferencia realizada.

La inscripción da derecho a:

- Documentación oficial
- Participar en las sesiones científicas del programa
- Presentar Comunicaciones
- Almuerzo de trabajo y cafés
- Cena de Clausura
- Circular libremente por las dependencias de la sede del Congreso
- Certificado de asistencia



#### FORMA DE PAGO

Cheque Nominativo a **S&H Medical Science Congress**  
Transferencia N° de cuenta: **0182-0190-84-0201557716**

Enviar éste boletín junto al talón/ copia de la transferencia a:  
Secretaría Técnica: **S&H Medical Science Congress**  
C/ Espronceda 27, Entreplanta. 28003 Madrid  
Tel: 91 535 71 83 - Fax: 91 181 76 16

#### CANCELACIONES

Hasta el 15 de marzo de 2010 se reembolsará el 50%. A partir de esta fecha no se realizarán devoluciones.

**RECORDAR:** se recomienda hacer las inscripciones a través de las páginas web.

**NOTA:** no se permitirá el acceso al Congreso a las personas que no hayan abonado previamente la correspondiente cuota de inscripción.

Cumpliendo la Ley Orgánica 15/1999, de 23 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, usted podrá ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición mediante notificación a [sh@shmedical.es](mailto:sh@shmedical.es)

#### COLABORADORES

- ASTRAZENECA
- BOEHRINGER INGELHEIM
- BRISTOL MYERS-SQUIBB
- LABORATORIOS TAKEDA
- MENARINI
- MERCK SHARP & DHOME
- NOVARTIS
- NOVO NORDISK
- ROCHE FARMA
- SANOFI AVENTIS

©2010 Obra: Sociedad Andaluza de Medicina Interna (SADEMI)  
Editado por: S&H Medical Science Service

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

ISBN: 978-84-693-2204-8

**Sademi**  
Sociedad Andaluza de **Medicina Interna**



GRUPO  
**MENARINI**

[www.menarini.es](http://www.menarini.es)

**S&H**  
MEDICAL  
SCIENCE  
CONGRESS

**S&H Medical Science Congress**  
C/. Espronceda 27, Entreplanta. 28003 Madrid  
tfn:91 535 71 83 - fax:91 181 76 16  
e-mail: [congresos@shmedical.es](mailto:congresos@shmedical.es)  
Página web: [www.shmedical.es](http://www.shmedical.es)