

**XXX**

**Congreso de la Sociedad Andaluza  
de Medicina Interna**

**Jaén**

**Hotel HO Ciudad de Jaén**

**Libro de Comunicaciones y Pósters**

5 al 7 de Junio del 2014



**COMUNICACIONES ORALES****Diabetes (D)**

- D-1 MANEJO DE LA DIABETES MELLITUS EN EL PACIENTE HOSPITALIZADO EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA ..... 10**

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

- EA-1 MORTALIDAD DE PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS. RESULTADOS A CUATRO AÑOS DESEGUIMIENTO DEL PROYECTO PROFUND ..... 11**
- EA-2 DETERIORO FUNCIONAL DE PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS. RESULTADOS A CUATRO AÑOS DE SEGUIMIENTO DEL PROYECTO PROFUND ..... 12**
- EA-3 RESULTADOS DE LA IMPLANTACIÓN DE UN PLAN DE ASISTENCIA CONTINUADA A PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS (PROYECTO IMPACTO): PRINCIPALES RESULTADOS EN EL NUMERO DE INGRESOS Y MORTALIDAD ..... 13**
- EA-4 COMPARACIÓN DE LA PREGUNTA SORPRESA FRENTE A UN ÍNDICE OBJETIVO (ÍNDICE PALIAR) PARA LA IDENTIFICACIÓN DE SITUACIÓN TERMINAL EN PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS AVANZADAS ..... 14**
- EA-5 COMPARACIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LOS PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS CON Y SIN FIBRILACIÓN AURICULAR E INFLUENCIA DE LA ANTICOAGULACIÓN EN LA MORTALIDAD DEL GRUPO CON FIBRILACIÓN AURICULAR. SUBANÁLISIS DEL PROYECTO IMPACTO ..... 15**
- EA-6 FIBRILACIÓN AURICULAR Y ANTICOAGULACIÓN. INFRAUTILIZACIÓN, NO JUSTIFICACIÓN Y EDAD AVANZADA ..... 16**
- EA-7 ANÁLISIS DE FACTORES RELACIONADOS CON CONCILIACIÓN, ADHERENCIA Y ADECUACIÓN FARMACOLÓGICA EN PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS ..... 17**
- EA-8 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y MORTALIDAD DE LOS PACIENTES SOMETIDOS A COLECISTOSTOMÍA PERCUTÁNEA ..... 18**
- EA-9 COMORBILIDAD EN LA PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDIACA: ¿EXISTEN DIFERENCIAS ENTRE FUNCIÓN SISTÓLICA CONSERVADA O DEPRIMIDA? ..... 19**
- EA-10 MÁS ALLÁ DEL SÍNDROME CONFUSIONAL. CON LA CASA A CUESTAS ..... 20**
- EA-13 ÍNDICE PROFUND EN PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA. VALIDACIÓN DEL ÍNDICE ..... 21**

## EPOC y Patología respiratoria (EP)

- EP-1 COLONIZACIÓN POR PNEUMOCYSTIS JIROVECII EN PACIENTES CON EPOC. RELACIÓN CON EL ESTADIO Y EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD ..... 22

## Enfermedad vascular (cardiopatía isquémica, enfermedad cerebrovascular, enfermedad arterial periférica y enfermedad vascular subclínica) (EV)

- EV-1 EFECTO DEL CONSUMO DE OMEGA 3 SOBRE EL METABOLISMO DE LA GLUCOSA EN PACIENTES CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA: ESTUDIO CORDIOPREV ..... 23

## Gestión Clínica (G)

- G-1 GRADO DE SATISFACCIÓN DE LOS MÉDICOS DE FAMILIA CON UN PROGRAMA DE COLABORACIÓN CON MEDICINA INTERNA ..... 24
- G-3 UN INTERNISTA EN EL ÁREA DE URGENCIAS ..... 25
- G-4 MEDICINA PERIOPERATORIA: ¿SERVIMOS PARA ALGO? ..... 26

## Enfermedades Infecciosas (I)

- I-1 VARIABILIDAD GENÉTICA DE PNEUMOCYSTIS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS, PERSONAL SANITARIO Y POBLACIÓN GENERAL: EVIDENCIAS A FAVOR DE SU TRANSMISIÓN NOSOCOMIAL ..... 27
- I-2 CAMBIO EN LAS CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE LA NEUMONÍA POR PNEUMOCYSTIS EN PACIENTES NO VIH EN ESPAÑA EN LA ÚLTIMA DÉCADA ..... 29
- I-4 CARACTERÍSTICAS DE LAS INFECCIONES EXTRAHOSPITALARIAS ASOCIADAS A LA ASISTENCIA SANITARIA EN NUESTRO MEDIO ..... 30

## Insuficiencia Cardíaca (IC)

- IC-1 FUROSEMIDA EN ADMINISTRACIÓN SUBCUTÁNEA: UNA ALTERNATIVA AL INGRESO HOSPITALARIO EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA TERMINAL ..... 31

## Inflamación/ Enfermedades Autoinmunes (IF)

- IF-1 ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LOS PACIENTES CON INMUNODEFICIENCIA COMÚN VARIABLE EN UN HOSPITAL DE ESPECIALIDADES ..... 32



## Osteoporosis (O)

- O-1 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE PACIENTES INGRESADOS POR FRACTURA DE CADERA. IMPACTO DEL SEGUIMIENTO CONJUNTO INTERNISTA-TRAUMATÓLOGO ..... 33
- O-2 DESENLACES EN PACIENTES CON FRACTURA DE CADERA. IMPACTO DEL SEGUIMIENTO CONJUNTO INTERNISTA-TRAUMATÓLOGO ..... 34

## Enfermedad Tromboembólica (T)

- T-1 CÁLCULO DEL RIESGO DE ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA (ETV) Y TROMBOPROFILAXIS PRESCRITA (GUÍA PRETEMED-2007), EN PACIENTES MÉDICOS HOSPITALIZADOS. ESTUDIO PRETEMED: RESULTADOS PRELIMINARES ..... 35
- T-2 ESTUDIO MULTICÉNTRICO ESPAÑOL DE FACTORES DE RIESGO Y PROFILAXIS DE ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA EN PACIENTES MÉDICOS AMBULATORIOS ..... 36

## Varios (V)

- V-1 ¿QUÉ HAY DETRÁS DEL SÍNDROME CONSTITUCIONAL COMO MOTIVO DE DERIVACIÓN A UNA CONSULTA DE MEDICINA INTERNA? ..... 38
- V-2 ELABORACIÓN DEL MAPA DE RIESGOS DE UNA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE MEDICINA INTERNA ..... 39
- V-3 PREVALENCIA DE DESNUTRICIÓN EN MEDICINA INTERNA ..... 40
- V-4 EL CONSUMO DE LÁCTEOS Y EL CÁNCER CUTÁNEO NO MELANOMA ..... 41
- V-5 ESTUDIO DESCRIPTIVO DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE LINFOMA ESPLÉNICO DE ZONA MARGINAL O DEL MANTO EN UN HOSPITAL DE ESPECIALIDADES ..... 42

## PÓSTERS

### Diabetes (D)

- D-2 EXPERIENCIA CON PACIENTES DIABÉTICOS ..... 43

### Dolor y Cuidados paliativos (DP)

- DP-1 BUPRENORFINA TRANSDÉRMICA COMO TRATAMIENTO DEL DOLOR CRÓNICO NO ONCOLÓGICO EN PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA ..... 45
- DP-2 POSIBILIDAD DE EMPLEO DE CLINDAMICINA COMO TERAPIA EMPÍRICA INICIAL EN EL TRATAMIENTO DE LAS INFECCIONES CUTÁNEAS POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS METICILIN RESISTENTE EN UN HOSPITAL DE CUIDADOS INTERMEDIOS Y PALIATIVOS ... 46
- DP-3 PECULIARIDADES DE UN HOSPITAL DE CUIDADOS PALIATIVOS Y LARGA ESTANCIA RESPECTO A LAS INFECCIONES POR CEPAS DE ENTEROCOCCUS ..... 47
- DP-4 PERFIL DE KLEBSIELLA PNEUMONIAE EN UN HOSPITAL DE CUIDADOS PALIATIVOS Y PLURIPATOLÓGICOS ..... 48
- DP-5 COORDINACIÓN ENTRE EL EQUIPO DE CUIDADOS PALIATIVOS, EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA Y LOS DISPOSITIVOS DE APOYO: ¿DISMINUYE LA FRECUENTACIÓN A URGENCIAS? ..... 49

### Paciente Pluripatológico/ Edad Avanzada (EA)

- EA-11 SOBREENFECCIONES EN ÚLCERAS CUTÁNEAS DE PACIENTES INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS Y LARGA ESTANCIA. ESTUDIO DESCRIPTIVO ..... 50
- EA-12 APLICACIÓN DE LOS CRITERIOS RITOC (RISK INVASIVE TREATMENT IN OLDER WITH NSTEACS): UNA PROPUESTA PARA ADECUAR LA TOMA DE DECISIONES EN LOS PACIENTES ANCIANOS CON SCASEST ..... 51
- EA-15 PRIMERO PREDECIR PARA PODER PREVENIR. VARIABLES PREDICTORAS DEL SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO ..... 52
- EA-16 FRAGILIDAD EN EL PACIENTE ANCIANO: CAÍDAS COMO PREDICTOR DEL DETERIORO FUNCIONAL ..... 53
- EA-17 DESARROLLO DE LOS CRITERIOS RITOC (RISK INVASIVE TREATMENT IN OLDER WITH NSTEACS): UNA PROPUESTA PARA ADECUAR LA TOMA DE DECISIONES EN LOS PACIENTES ANCIANOS CON SCASEST ..... 54

|       |   |    |
|-------|---|----|
| EA-18 | ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LAS CEPAS BACTERIANAS EN UN HOSPITAL DE CUIDADOS INTERMEDIOS Y PALIATIVOS .....                                    | 55 |
| EA-19 | INFECCIÓN URINARIA EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE ACVA EN UNA UNIDAD DE LARGA ESTANCIA .....   | 56 |
| EA-20 | INFECCIÓN POR E. COLI EN PACIENTES INGRESADOS EN UN HOSPITAL DE LARGA ESTANCIA .....  | 57 |
| EA-21 | IDENTIFICACIÓN INEQUÍVOCA DE PACIENTES: HERRAMIENTA PARA LA EVALUACIÓN DEL MAPA DE RIESGOS DE UNA UNIDAD DE MEDICINA INTERNA .....        | 58 |
| EA-22 | CALIDAD DE VIDA PERCIBIDA MEDIANTE CUESTIONARIO DE SALUD SF-12 EN UNA COHORTE DE PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS. PROYECTO IMPACTO .....       | 59 |
| EA-23 | CONTENCIÓN MECÁNICA EN EL SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO, UNA PRÁCTICA CONTROVERTIDA .....  | 60 |
| EA-24 | INFLUENCIA DE LA EDAD EN EL PRONÓSTICO, PERFIL CLÍNICO Y MANEJO DEL PACIENTE HOSPITALIZADO POR INSUFICIENCIA CARDÍACA .....               | 61 |
| EA-25 | CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN MEDICINA INTERNA QUE PRESENTAN SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO .....                            | 62 |
| EA-26 | PERFIL DE RESISTENCIA A OXACILINA DE LAS CEPAS DE STAPHYLOCOCCUS AUREUS AISLADAS EN UN HOSPITAL DE CUIDADOS INTERMEDIOS PALIATIVOS .....  | 63 |
| EA-27 | EVALUACIÓN DE LA SUPERVIVENCIA CON LA ESCALA DE CHARLSON TRAS INGRESO HOSPITALARIO DE PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS AVANZADAS ..... | 64 |
| EA-28 | DEMENCIA Y SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO. JUNTOS PERO NO REVUELTOS .....   | 65 |

## **EPOC y Patología respiratoria (EP)**

|      |  |    |
|------|--|----|
| EP-2 | ANÁLISIS RETROSPECTIVO DEL RENDIMIENTO DIAGNÓSTICO DE LA BIOPSIA PLEURAL CERRADA CON AGUJA DE ABRAMS ..... | 66 |
|------|--|----|

## **Enfermedad vascular (cardiopatía isquémica, enfermedad cerebrovascular, enfermedad arterial periférica y enfermedad vascular subclínica) (EV)**

|      |  |    |
|------|--|----|
| EV-2 | GRADO DE AFECTACIÓN ARTERIAL PERIFÉRICA ENTRE PACIENTES CON Y SIN LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO EN UN HOSPITAL GENERAL ..... | 67 |
| EV-3 | CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD ARTERIAL PERIFÉRICA, TRATAMIENTOS RECIBIDOS Y EFECTOS ADVERSOS .....       | 68 |

## Gestión Clínica (G)

- G-2 AUDITORÍA INTERNA SOBRE LA CALIDAD DE LOS INFORMES DE ALTA DE UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL ..... 69
- G-5 DE URGENCIAS HOSPITALARIAS A LA CONSULTA DE MEDICINA INTERNA ..... 70

## Enfermedades Infecciosas (I)

- I-3 SÍFILIS. UNA ENFERMEDAD MUY PREVALENTE EN EL ÁREA SANITARIA NORTE DE JAÉN. ESTUDIO 2013-2014 ..... 71
- I-5 EL NT-PROBNP COMO PREDICTOR DE MORTALIDAD A TENER EN CUENTA EN LA ENDOCARDITIS INFECCIOSA ..... 72
- I-6 NEUMONÍAS EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO. ¿CONSEGUIMOS UN DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO? ..... 73
- I-7 ACINETOBACTER BAUMANNII EN UN HOSPITAL DE LARGA ESTANCIA ..... 74
- I-8 PALUDISMO: EXPERIENCIA EN EL COMPLEJO HOSPITALARIO DE JAÉN ..... 75
- I-9 ANÁLISIS DE LA ADECUACIÓN DE LA ANTIBIOTERAPIA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS ..... 76
- I-10 INFECCIONES URINARIAS EN PACIENTES INGRESADOS EN HOSPITAL DE LARGA ESTANCIA CON INGRESO PREVIO EN UCI ..... 77
- I-11 INFECCIÓN URINARIA EN PACIENTES DE UN HOSPITAL DE LARGA ESTANCIA CON SONDAJE URINARIO ..... 78
- I-12 INFECCIÓN URINARIA NOSOCOMIAL EN UN HOSPITAL DE LARGA ESTANCIA ..... 79

## Enfermedades Infecciosas/ HIV (I/H)

- I/H-1 CAMBIO EN LAS CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE LA NEUMONÍA POR PNEUMOCYSTIS EN PACIENTES CON VIH EN ESPAÑA EN LA ÚLTIMA DÉCADA ..... 80

## Insuficiencia Cardíaca (IC)

- IC-2 HIPOALBUMINEMIA E HIPOCOLESTEROLEMIA AUMENTAN LA MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA EN PACIENTES MAYORES DE 70 AÑOS INGRESADOS POR INSUFICIENCIA CARDÍACA AGUDA ..... 82
- IC-3 LA CARDIOPATÍA ISQUÉMICA EN LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA DE LA COMARCA DE LA AXARQUÍA ..... 83

|      |   |    |
|------|---|----|
| IC-4 | FALLO CARDIACO EN EL PACIENTE ANCIANO: ESTUDIO DE LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICAS .....   | 84 |
| IC-5 | PROGRAMA DE CICLOS DE FUROSEMIDA INTRAVENOSA EN EL HOSPITAL DE DÍA MÉDICO PARA PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA TERMINAL .....                            | 85 |
| IC-6 | CARACTERIZACIÓN CLÍNICA DE PACIENTES JÓVENES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA .....   | 86 |
| IC-7 | IMPACTO PRONÓSTICO DE LA DESNUTRICIÓN EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN INSUFICIENCIA CARDIACA AGUDA .....   | 87 |
| IC-8 | ANEMIA E INSUFICIENCIA CARDIACA EN UNA UNIDAD DE MEDICINA INTERNA .....   | 88 |
| IC-9 | ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA DIASTÓLICA INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE MEDICINA INTERNA DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL ..... | 89 |

## Inflamación/ Enfermedades Autoinmunes (IF)

|      |  |    |
|------|--|----|
| IF-2 | ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LAS INDICACIONES, EFICACIA Y SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO CON RITUXIMAB .....   | 90 |
| IF-3 | UTILIDAD CLÍNICA DE LOS ANTICUERPOS ANTINUCLEARES EN EL COMPLEJO HOSPITALARIO DE JAÉN .....  | 92 |
| IF-4 | GESTACIÓN Y ENFERMEDADES SISTÉMICAS .....  | 93 |
| IF-5 | MANEJO CLÍNICO DE LOS ANTICUERPOS ANTICITOPLASMA DE NEUTRÓFILOS EN EL HOSPITAL MÉDICO QUIRÚRGICO DE JAÉN .....   | 95 |
| IF-6 | CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LOS PACIENTES CON NEUROBEHCET EN EL H. COSTA DEL SOL .....   | 96 |
| IF-7 | ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LA POBLACIÓN DE PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE (AR) EN TRATAMIENTO CON TERAPIAS BIOLÓGICAS DEL “COMPLEJO HOSPITALARIO DE JAÉN” ..... | 97 |

## Riesgo Vascular/ Dislipemias (RV/D)

|        |   |    |
|--------|---|----|
| RV/D-1 | FENOTIPOS METABÓLICOS COMO PREDICTORES DE ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR, ESTUDIO CORDIOPREV ..... | 98 |
| RV/D-2 | DIABÉTICOS Y LÍPIDOS EN CONSULTA EXTERNA: ¿CÓMO VAMOS? .....                                  | 99 |



## Riesgo Vascular/ Tabaquismo (RV/T)

|               |   |            |
|---------------|---|------------|
| <b>RV/T-1</b> | <b>MOTIVOS FUNDAMENTALES DE ABANDONO DEL HÁBITO TABÁQUICO EN EXFUMADORES INGRESADOS EN MEDICINA INTERNA .....</b> | <b>100</b> |
|---------------|---|------------|

## Enfermedad Tromboembólica (T)

|            |   |            |
|------------|---|------------|
| <b>T-3</b> | <b>DESCRIPCIÓN CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICA DE LA ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA EN PACIENTES INGRESADOS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA .....</b> | <b>102</b> |
| <b>T-4</b> | <b>ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA Y DÍMERO D EN EL ÁREA HOSPITALARIA JUAN RAMÓN JIMÉNEZ .....</b>  | <b>103</b> |

## Varios (V)

|             |   |            |
|-------------|---|------------|
| <b>V-6</b>  | <b>NEUTROPENIA FEBRIL POSTQUIMIOTERAPIA EN UN HOSPITAL COMARCAL .....</b>                     | <b>104</b> |
| <b>V-7</b>  | <b>BROTE DE INTOXICACIÓN MORTAL POR INSECTICIDAS CONFUNDIDOS CON GÜISQUI .....</b>            | <b>105</b> |
| <b>V-8</b>  | <b>LA IMPORTANCIA DE LA ALIMENTACIÓN EN EL CÁNCER CUTÁNEO NO MELANOMA .....</b>               | <b>106</b> |
| <b>V-10</b> | <b>CONSULTAS EXTERNAS: ¿CÓMO NOS CONSULTAN OTROS ESPECIALISTAS? .....</b>                     | <b>107</b> |
| <b>V-11</b> | <b>MORTALIDAD ASOCIADA A LA DESNUTRICIÓN DEL PACIENTE INGRESADO EN MEDICINA INTERNA .....</b> | <b>108</b> |

## COMUNICACIONES ORALES

### Diabetes (D)

#### D-1 MANEJO DE LA DIABETES MELLITUS EN EL PACIENTE HOSPITALIZADO EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

S. Domingo Roa, M. Esteban Moreno, M. Martínez Soriano, C. Maldonado Úbeda, G. López Lloret, J. Romero León, A. Corrales Torres, L. Díez García

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

#### OBJETIVOS

El control de la hiperglucemia en el paciente hospitalizado es fundamental, ya que disminuye la cicatrización de heridas y la respuesta inmune frente a los procesos infecciosos y aumenta los factores inflamatorios y la isquemia cerebral y miocárdica. Estudios previos han demostrado que la hiperglucemia aumenta la morbi-mortalidad y los costes asociados en pacientes hospitalizados. Nuestro objetivo fue analizar el grado de control de la diabetes mellitus en los pacientes hospitalizados en el servicio de Medicina Interna del hospital Torrecárdenas de Almería.

#### MATERIAL Y MÉTODO

Realizamos un estudio transversal analizando el tratamiento antidiabético en los pacientes hospitalizados. De un total de 112 pacientes, 38 tenían diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2. Analizamos variables clínicas y epidemiológicas así como el grado de control de la glucemia en el hospital, estableciendo control óptimo si glucemias menores a 200 mg/dL (medidas mediante determinación de glucemia capilar). Los datos fueron analizados mediante el programa estadístico SSPS 19.0.

#### RESULTADOS

Se obtuvo una muestra de 38 pacientes diabéticos con una edad media de  $77 \pm 5$  años. El 89% de los pacientes tenían más de 65 años. 21 mujeres (55%) y 17 hombres (45%). El diagnóstico principal que motivó el ingreso fue un proceso infeccioso en el 58% de los casos (22 pacientes), 15% descompensación cardíaca (6 pacientes) y otras patologías en el 27% (10 pacientes). Analizamos el tratamiento domiciliario obteniendo que el 13% se controlaban con medidas higiénico-dietéticas (5 pacientes) y el 87% precisaban tratamiento farmacológico: antidiabéticos orales en el 58% (22 pacientes), 18% insulina (7 pacientes) y el 11% tratamiento combinado con insulina más antidiabéticos orales (4 pacientes). El tratamiento antidiabético durante el ingreso fue: 8% con tratamiento antidiabético oral (3 pacientes), insulina según control de glucemia (conocida como insulina en escala) en el 47% (18 pacientes) y pauta de insulina bolobasal en el 32% (12 pacientes). En 2 pacientes encontramos tratamiento con una combinación de insulina más antidiabéticos orales (5%). En 3 de los pacientes analizados (8%) encontramos que no tenían ningún tratamiento antidiabético pautado. En cuanto al control de la hiperglucemia en los pacientes hospitalizados solo el 32% (12 pacientes) tenían control de glucemia capilar menor de 200 mg/dL.

#### CONCLUSIONES

En nuestro hospital disponemos de un protocolo consensuado para el manejo de la diabetes mellitus en pacientes hospitalizados donde no se recomienda el uso de la insulina en escala para el manejo de la hiperglucemia ya que las dosis son iguales para todos los pacientes, carecen de insulina basal para suprimir la producción hepática de glucosa y condicionan hiperglucemia en ayunas. A pesar de ello encontramos esta pauta en el 47% de los pacientes analizados. En nuestro estudio solo el 34% de pacientes tenían diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 a pesar de que en otras series publicadas la prevalencia de diabéticos es mayor. Asimismo, encontramos en un alto porcentaje de pacientes un control subóptimo de la glucemia durante la hospitalización.

## Paciente Pluripatológico/ Edad Avanzada (EA)

### EA-1 MORTALIDAD DE PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS. RESULTADOS A CUATRO AÑOS DE SEGUIMIENTO DEL PROYECTO PROFUND

L. Moreno Gaviño<sup>1</sup>, M. Bernabeu Wittel<sup>1</sup>, B. Barón Franco<sup>2</sup>, J. Murcia Zaragoza<sup>3</sup>,  
C. Ramos Cantos<sup>4</sup>,

A. Alemán<sup>5</sup>, M. Ollero Baturone<sup>1</sup>, en representación de los investigadores del Estudio Profund<sup>7</sup>

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

<sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario de Huelva. Huelva

<sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Vega Baja Orihuela. Orihuela (Alicante)

<sup>4</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Comarcal de la Axarquía. Vélez-Málaga (Málaga)

<sup>5</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital J. M. Morales Meseguer. Murcia

<sup>7</sup>Medicina Interna. Grupo de Paciente Pluripatológico y Edad Avanzada. SEMI

### OBJETIVOS

Analizar la mortalidad a los cuatro años de seguimiento en pacientes pluripatológicos (PPP) incluidos en el estudio PROFUND.

### MATERIAL Y MÉTODO

Estudio prospectivo observacional en el que incluyeron a PPP de 36 hospitales españoles pertenecientes a 11 Autonomías, entre Febrero 2007 y Junio 2008. A los pacientes se les realizó un seguimiento de 4 años desde su inclusión. Analizamos la mortalidad global y en la de los grupos de riesgo según puntuación en el índice PROFUND en el momento de la inclusión (consta de nueve variables: 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; hemoglobinemia  $< 10$ g/dL, 3 puntos; índice de Barthel  $< 60$ , 4 puntos;  $\geq 4$  ingresos hospitalarios en los 12 meses previos, 3 puntos). Se realizó las curvas de Kaplan-Meier de supervivencia a los 48 meses según su puntuación del índice de PROFUND.

### RESULTADOS

De los 1.632 PPP incluidos, 1.525 (93,44%) finalizaron el seguimiento en el primer año y 1235 lo finalizaron a los 4 años (75,67%). La mortalidad global de la cohorte a los 4 años fue del 62,2% (n=948), el 64% de los exitus (n= 607) ocurrieron en el primer año seguimiento. La mediana de supervivencia fue 15 meses (rango intercuartil [RIC]=40). La mortalidad a los 4 años en los grupos de riesgo según la puntuación del índice PROFUND fue del 44,6% para los pacientes con 0-2 puntos; 56,6% para aquellos con 3-6 puntos; 68,5% para aquellos con 7-10 puntos; y 78,1% para los que alcanzaron 11 o más puntos ( $p < 0.0001$ ).

### CONCLUSIONES

La mortalidad de los PPP a los 4 años de seguimiento es elevada ocurriendo en el primer año en cerca de dos tercios de las ocasiones. El índice PROFUND continúa estratificando a los 4 años en diferentes grupos de mortalidad a los PPP de base hospitalaria.

**EA-2 DETERIORO FUNCIONAL DE PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS. RESULTADOS A CUATRO AÑOS DE SEGUIMIENTO DEL PROYECTO PROFUND**

P. Ribas Cobas<sup>1</sup>, F. Galindo Ocaña<sup>1</sup>, A. Mora Rufete<sup>2</sup>, A. Fernández Moyano<sup>4</sup>, M. Nieto Martín<sup>1</sup>, A. Fuertes Martín<sup>3</sup>, en representación de los investigadores del Estudio Profund<sup>5</sup>

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

<sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital General Universitario de Elche. Elche (Alicante)

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

<sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Salamanca. H. Clínico. Salamanca

<sup>5</sup>SEMI. Grupo para el estudio del Paciente Pluripatológico y Edad Avanzada

**OBJETIVOS**

Analizar el deterioro funcional para las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) en el seguimiento a 48 meses en pacientes pluripatológicos (PPP) incluidos en el estudio PROFUND.

**MATERIAL Y MÉTODO**

Estudio prospectivo observacional transversal en el que incluyeron a PPP 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, a los 12 meses y 48 meses. Para el análisis se utilizaron los test de Chi2, Friedman, Wilcoxon (paquete SPSS 19.0); considerándose el dintel de significación estadística con  $p < .05$ .

**RESULTADOS**

De los 1.632 PPP incluidos, 1.235 finalizaron el cuarto año de seguimiento. La mortalidad global de la cohorte fue el 62.2%. De los 300 pacientes que seguían vivos a los 4 años, el 90% (n=271) tenía una valoración funcional en tres momentos diferentes, basal, al año y a los 4 años de seguimiento. El IB basal, a los 12 meses y 48 meses de los pacientes supervivientes fue 95 (rango intercuartil [RIC]=30), 80 (RIC=45) y 65 (RIC=55) respectivamente ( $p < 0.0001$ ). La caída media de puntuación en los cuatros años en el IB se situó en  $20.8 \pm 32$  puntos. El 36% tuvo una caída  $> 30$  puntos en 4 años.

**CONCLUSIONES**

El deterioro funcional en 48 meses para las ABVD de la muestra de base hospitalaria de PPP supervivientes, se sitúa en una media de 20 puntos del Índice de Barthel.

## EA-3 RESULTADOS DE LA IMPLANTACIÓN DE UN PLAN DE ASISTENCIA CONTINUADA A PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS (PROYECTO IMPACTO): PRINCIPALES RESULTADOS EN EL NUMERO DE INGRESOS Y MORTALIDAD

P. Rodríguez Torres<sup>1</sup>, R. Aparicio Santos<sup>2</sup>, M. Maiz Jiménez<sup>3</sup>, M. Rincón Gómez<sup>1</sup>, C. Hernández Quiles<sup>1</sup>, M. Nieto Martín<sup>1</sup>, en representación de los investigadores del Proyecto Impacto

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

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

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

### OBJETIVOS

El proyecto IMPACTO pretende evaluar el resultado clínico de un modelo de intervención a diferentes niveles, basado en la atención compartida entre Atención primaria (AP) y su Internista de referencia a los pacientes pluripatológicos (PP). Definimos al paciente PP como aquel con dos o más enfermedades crónicas de una lista de categorías clínicas definidas. Presentamos aquí el resultado de dos de sus objetivos específicos: -mortalidad a los 12 meses de nuestra población comparada con una cohorte histórica reciente (cohorte del estudio PROFUND); - número y días de ingreso hospitalario comparada con estos mismos datos en la misma población durante los 12 meses previos y con la cohorte del estudio PROFUND.

### MATERIAL Y MÉTODO

Estudio prospectivo multicéntrico cuasiexperimental donde se incluyeron PP de 9 hospitales del territorio nacional. Los criterios de inclusión fueron (1) ser mayor de edad, (2) reunir criterios de PP según la definición recogida en el Proceso Asistencial Integrado de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, (3) pertenecer a una zona básica de salud que participase en el estudio, (4) haber presentado al menos un ingreso hospitalario o estar incluido en el programa de Hospitalización Domiciliaria en los tres últimos meses, (5) firmar consentimiento informado para participar en el estudio. Se definieron 11 intervenciones en los 12 meses seguimiento: 2 de ellas realizadas por parte de su médico de atención primaria, 4 por parte de su internista de referencia, 2 por parte de enfermero hospitalario o de AP y otras 3 por parte del farmacéutico hospitalario.

### RESULTADOS

Se incluyeron 420 pacientes, de los que la edad media fue de 77,25 años, el 52,6% eran hombres, pertenecían a 2,99 categorías de PP (DE 1), el 50,2% necesitaba cuidador, tenían un índice de Barthel de 58.57 (DE 30.97) y un índice de Charlson de 3.99 (DE 2.22). La mortalidad en nuestro grupo de estudio fue del 35%, siendo la de la cohorte del estudio PROFUND del 37%, diferencia sin significación estadística. Los resultados con respecto a la mortalidad se recogen en la tabla.

### CONCLUSIONES

En esta cohorte de PP con una alta carga de morbilidad, dependencia y mortalidad, el modelo de atención compartida entre AP y hospitalaria reduce el número y los días de ingreso de forma significativa. Con respecto a la mortalidad no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas.

Tabla (EA-03)

| NÚMERO DE INGRESOS                    | 12 MESES PREVIOS | 12 MESES TRAS INTERVENCIÓN | p      |
|---------------------------------------|------------------|----------------------------|--------|
| TODOS LOS PACIENTES                   | 1,63 (DE1,3)     | 0,96 (DE1,76)              | <0,001 |
| EXCLUYENDO A LOS PACIENTES FALLECIDOS | 1,53 (DE1,27)    | 0,78 (DE1,23)              | <0,001 |

**EA-4 COMPARACIÓN DE LA PREGUNTA SORPRESA FRENTE A UN ÍNDICE OBJETIVO (ÍNDICE PALIAR) PARA LA IDENTIFICACIÓN DE SITUACIÓN TERMINAL EN PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS AVANZADAS**

J. Ternero Vega<sup>1</sup>, C. Hernandez Quiles<sup>1</sup>, J. Praena Segovia<sup>1</sup>, G. Jarava Rol<sup>2</sup>, B. Escolano Fernández<sup>2</sup>, M. Oliver<sup>3</sup>, M. Ollero Baturone<sup>1</sup>

<sup>1</sup>UCAMI. Complejo Hospitalario Virgen del Rocío. Sevilla

<sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital de la Serranía. Ronda (Málaga)

<sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen del Camino. Sanlúcar de Barrameda (Cádiz)

**OBJETIVOS**

Comparar la validez de la pregunta sorpresa frente a un índice objetivo para la identificación de situación terminal en pacientes con enfermedades médicas crónicas con insuficiencia de órgano establecido en fase avanzada.

**MATERIAL Y MÉTODO**

Subestudio del Proyecto PALIAR, estudio prospectivo multicéntrico de cohortes de ámbito nacional desarrollado para la creación de un índice pronóstico en pacientes con enfermedades médicas con insuficiencia de órgano en estadio avanzado: insuficiencia cardiaca con disnea basal grado  $\geq 3$  NYHA, insuficiencia respiratoria con disnea basal  $\geq 3$  MRC y/o SatO<sub>2</sub> menor del 90% y/o necesidad de oxigenoterapia domiciliaria, insuficiencia renal crónica en estadio 4-5 según la K/DOQI, hepatopatía crónica con datos de hipertensión portal y/o insuficiencia hepatocelular (Child-Pugh  $> 7$ ) y enfermedad neurológica crónica con deterioro cognitivo establecido (índice de Pfeiffer con  $\geq 7$  errores) y/o deterioro funcional para las ABV Destablecido (puntuación en el índice de Barthel  $< 60$  puntos). El periodo de inclusión abarcó desde el 1 de Febrero de 2009 al 30 de Septiembre de 2010. La finalización del seguimiento se realizó el 30 Marzo 2011. A todos los pacientes incluidos se les realizó un seguimiento de 6 meses. El índice PALIAR es una herramienta que incluye 5 parámetros objetivos (edad  $> 85$  años, 3 puntos; anorexia, 3,5 puntos; disnea en clase funcional 4 según NYHA o MRC, 3,5 puntos; presencia de úlceras por presión, 3 puntos; ECOG-PS  $\geq 3$ , 4 puntos y Albúmina  $\leq 3,5$  mg/dl, 4 puntos); obteniéndose cuatro grupos de riesgo con (0, 3-3,5, 4-7 y 7,5-21 puntos con una mortalidad del 21, 30, 43 y 61% respectivamente). Se analizó la Sensibilidad, Especificidad, Valor Predictivo Positivo, Valor Predictivo Negativo para mortalidad de la pregunta sorpresa, sola y dentro de los criterios de la National Hospice Organization y de los distintos puntos de corte del Índice PALIAR a los 30, 60, 120, 150 y 180 días del seguimiento.

**RESULTADOS**

Se incluyeron un total de 1847 pacientes de 41 hospitales de la geografía española. La edad media de  $79,23 \pm 10$  años, siendo el 51,1% (n= 927) hombres. De los pacientes incluidos, 814 (44,1%) presentaron criterio de inclusión (CI) neurológico, 718 pacientes (39,4%) presentaban el CI cardiológico, 615 pacientes (33,29%) el CI respiratorio, 225 pacientes (12,8%) CI nefrológico, y por último 115 pacientes (6,2%) CI hepático. Se finalizó el seguimiento en 1778 pacientes (el 96,26%) con una mortalidad del 36,22% (669 pacientes). Los valores inferiores y superiores de Sensibilidad, Especificidad, Valor Predictivo Positivo y Valor Predictivo Negativo a los 30-180 días de seguimiento para pronosticar el fallecimiento fueron de 66-72, 55-62, 23-51, 70-91 para la pregunta sorpresa, de 69-75, 55-69, 24-61 y 77-92 para los criterios de NHO, de 85-90, 34-38, 20-45, 80-94 para PALIAR  $\geq 0$  puntos, 66-73, 53-58, 23-49, 71-94 para PALIAR  $\geq 3$  puntos, de 52-64, 71-76, 30-57, 70-91 para PALIAR  $\geq 4$  puntos, de 39-51, 82-86, 35-64, 70-90 para PALIAR  $\geq 7,5$  puntos. Por lo que se observa que la herramienta PALIAR presenta una mayor sensibilidad en sus grupos de menor riesgo y una mayor especificidad y VPP en los grupos de mayor puntuación, siendo el VPN similar al de la pregunta sorpresa. Los valores de la NHO son intermedios entre las otras dos herramientas.

**CONCLUSIONES**

La herramienta objetiva PALIAR nos permite identificar mejor y de manera homogénea los pacientes con enfermedades médicas avanzadas que entran en situación terminal, probablemente por evitar la subjetividad de los observadores de la pregunta sorpresa.

## **EA-5 COMPARACIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LOS PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS CON Y SIN FIBRILACIÓN AURICULAR E INFLUENCIA DE LA ANTICOAGULACIÓN EN LA MORTALIDAD DEL GRUPO CON FIBRILACIÓN AURICULAR. SUBANÁLISIS DEL PROYECTO IMPACTO**

A. Hurtado Ganoza<sup>1</sup>, J. Galindo Ocaña<sup>1</sup>, C. Aguilera González<sup>1</sup>, R. Fernández Ojeda<sup>2</sup>, A. Ruz Zafra<sup>3</sup>, M. Ollero Baturone, en representación de los investigadores del Proyecto Impacto

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

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

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

### **OBJETIVOS**

-Comparar las características clínicas de los paciente pluripatológicos (PP) del proyecto IMPACTO con fibrilación auricular (FA) respecto a los que no la presentaban y determinar si existe alguna diferencia en la supervivencia del grupo de pacientes con FA en función de recibir o no anticoagulación.

### **MATERIAL Y MÉTODO**

Proyecto IMPACTO: Estudio prospectivo multicéntrico (11 centros hospitalarios). Se recogieron variables demográficas, criterios de PP, otras comorbilidades, variables antropométricas y analíticas, número de fármacos, valoración funcional, cognitiva, sociofamiliar, número de ingresos durante el seguimiento y mortalidad. Seguimiento de 12 meses. - Para el primer análisis se compararon las variables cualitativas mediante el empleo del test de Chi-cuadrado y las variables cuantitativas mediante el test T de Student (paramétricas) o U de Mann-Whitney (no paramétricas). -Para el segundo análisis se incluyeron a los pacientes PP con FA y se realizaron análisis de supervivencia para comparar los subgrupos “tratamiento anticoagulante” y “sin tratamiento anticoagulante” mediante curvas de Kaplan-Meier y test de rango logarítmico (log-rank test).

### **RESULTADOS**

-Para el primer análisis se incluyeron 420 PP, 187 (44.5%) presentaron FA. En comparación con los pacientes sin FA, entre las variables cuantitativas paramétricas no hubo diferencias estadísticamente significativas: albúmina, hemoglobina, colesterol LDL. Entre las variables cuantitativas no paramétricas hubo diferencias estadísticamente significativas en la edad ( $p=0,001$ ), índice de Barthel tras el seguimiento ( $p=0,01$ ), puntuación SF12 ( $p=0,04$ ), nº de hospitalizaciones ( $p=0,02$ ) mientras que no hubo diferencias para el IMC en el momento de la inclusión, índice de Barthel basal, nº de días de hospitalización durante el seguimiento. En cuanto a las variables cualitativas hubo diferencias estadísticamente significativas en la insuficiencia cardíaca ( $p=0,00$ ), enfermedad coronaria arterial ( $p=0,002$ ), enfermedad respiratoria crónica ( $p=0,04$ ), diabetes con microangiopatía ( $p=0,001$ ), artrosis discapacitante ( $p=0,01$ ), hipertensión pulmonar ( $p=0,00$ ), depresión ( $p=0,04$ ), índice PROFUND  $\geq 7$  ( $p=0,002$ ) y mortalidad ( $p=0,00$ ). -Para el segundo análisis fueron incluidos 170 pacientes con FA, 74 anticoagulados. Fallecieron según los cuartiles de riesgo (fallecidos/total del cuartil): 1/6, 7/20, 15/28 y 16/20 de los no anticoagulados y 3/11, 10/28, 8/19 y 10/12 de los anticoagulados. Las medias de supervivencia fueron: 748,33+-76,38 vs 667,27+-84,38; 666,7+-70,84 vs 602,3+-63,72; 469,76+-77,73 vs 548,95+-78,81 y 265,35+-54,65 vs 242,17+-82,02 días, para los pacientes no anticoagulados vs anticoagulados (log-rank test  $p=0,482$ ). Los análisis fueron repetidos comparando un dintel de puntuación del índice PROFUND de 10 ( $<10$  vs  $\geq 10$ ), por si el efecto del pequeño tamaño muestral por subgrupo interfiriese en los resultados, con las siguientes supervivencias: 605,22+-52,55 vs 616,79+-44,21 si  $IP < 10$  y 310,94+-66,39 vs 58,47+-78,54 para  $IP \geq 10$  (log-rank test  $p=0,85$ ).

### **CONCLUSIONES**

-Entre los PP, la FA se asocia a peor pronóstico y mayor mortalidad además de mayor edad, mayor discapacidad, peor calidad de vida percibida, número de ingresos hospitalarios y comorbilidad asociada a la edad tales como la insuficiencia cardíaca o la enfermedad respiratoria crónica. -No encontramos diferencias estadísticamente significativas entre la supervivencia de los PP con FA.

**EA-6 FIBRILACIÓN AURICULAR Y ANTICOAGULACIÓN. INFRAUTILIZACIÓN, NO JUSTIFICACIÓN Y EDAD AVANZADA**

M. L. Amaya González, J. S. Naldrett Brophy, I. Benítez López, J. M. Carmona Pérez,  
A. P. Guerrero Delgado, M. A. González Benítez, A. Ruiz Cantero  
*Servicio de Medicina Interna. Hospital de la Serranía. Ronda (Málaga)*

**OBJETIVOS**

Evaluar los pacientes con fibrilación auricular (FA) no anticoagulados y su justificación en el informe de alta hospitalaria.

**MATERIAL Y MÉTODO**

Análisis bruto y descriptivo de los informes de alta durante el año 2013 con diagnóstico principal o secundario de FA. Variables de estudio: Presencia de FA, número de episodios, número de pacientes, edad, sexo, anticoagulación (ACO), justificación de la no ACO. Cálculo de medias, porcentajes y chi-cuadrado.

**RESULTADOS**

De 414 episodios, se registraron 329 pacientes, de los cuales 166 (50.5%) hombres y 163 (49.5%) mujeres. Edad media 77,81 años, en varones 75.69 y mujeres 79.96. Se prescribió ACO en 172 pacientes (52.4%), y no ACO en 156 (47.6%), de los que 81 eran varones y 75 mujeres. No se justifica el motivo de la no ACO en 86 pacientes (55.1%), 44 varones y 42 mujeres. En los que se justifica, las causas son: a) riesgo hemorrágico, 21 (13.5%); hemorragia/hematoma en 19 (12.2%); exitus en 13 (8.3%); negativa del paciente o familia en 8 (5.2%); limitación de esfuerzo terapéutico en 7 (4.5%), y falta de adherencia en 2 pacientes (1.3%). No existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto al sexo en ambos grupos ( $p=0,577$ ). Al realizar un corte de edad en 80 años, los pacientes de  $\geq 80$  años que son 136 (41.3% del total de pacientes), el 66.9% no se anticoagulan, y los del grupo etario de  $< 80$  años no son anticoagulados el 33.7%.

**CONCLUSIONES**

1) La edad media de nuestros pacientes hospitalizados con FA es de 78 años, sin que existan diferencias por género. 2) Se infrautiliza el tratamiento anticoagulante y no se justifica el motivo. 3) A medida que aumenta la edad disminuye la anticoagulación.

**BIBLIOGRAFÍA**

- *Anticoagulación en la fibrilación auricular del paciente pluripatológico, ¿riesgo o beneficio?* Miguel Camafort-Babkowski, Alfonso López Soto. *Med Clin (Barc)*. 2013; 140 (3): 113-114.



## EA-7 ANÁLISIS DE FACTORES RELACIONADOS CON CONCILIACIÓN, ADHERENCIA Y ADECUACIÓN FARMACOLÓGICA EN PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS

P. Rivas Cobas<sup>1</sup>, E. Alfaro Lara<sup>2</sup>, M. Galván Banqueri<sup>2</sup>, M. Nieto Martín<sup>1</sup>, R. Arahál Trigueros<sup>1</sup>, B. Santos Ramos<sup>3</sup>, M. Vega Coca<sup>2</sup>, en representación del Proyecto Impacto

<sup>1</sup>UGC Atención Médica Integral. Complejo Hospitalario Virgen del Rocío. Sevilla

<sup>2</sup>Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía. (Sevilla)

<sup>3</sup>UGC Farmacia. Complejo Hospitalario de Especialidades Virgen de Valme. Sevilla

### OBJETIVOS

Analizar los factores de riesgo sociodemográficos, funcionales y clínicos relacionados con la falta de adherencia, adecuación y conciliación terapéutica en pacientes pluripatológicos.

### MATERIAL Y MÉTODO

Diseño: Estudio observacional, transversal y multicéntrico realizado entre Octubre 2010 y Marzo 2012. Criterios de Inclusión: Pacientes Pluripatológicos (PP) atendidos en un servicio de Medicina Interna (Hospitalización Domiciliaria, ingreso hospitalario o Unidad de Día) en un hospital de tercer nivel incluidos en el proyecto IMPACTO. Variables analizadas: Se analiza la adherencia, según el cuestionario de Morisky-Green, la conciliación según el número de discrepancias, errores de conciliación al ingreso hospitalario y media de errores por paciente, y la adecuación mediante el uso del cuestionario Medication Appropriateness Index y los criterios START y STOPP y se estratifica en función de variables sociodemográficas y clínicas (edad, sexo, consumo de fármacos, necesidad de cuidador, sexo del cuidador, valoración funcional, comorbilidad, deterioro cognitivo y situación socioeconómica). Análisis Estadístico: Para analizar la adherencia se utilizó la prueba de Chi-cuadrado entre resultado de cuestionario y resto de variables. Para el análisis de la conciliación se utilizó el Coeficiente de correlación de Pearson o el coeficiente de correlación de Spearman y posteriormente un análisis multivariante mediante regresión logística. En el análisis de la adecuación se emplearon el coeficiente de correlación de Pearson (variables continuas) U-Mann-Whitney o t-de-Student para variables cuantitativas entre dos grupos. Se utilizó el programa IBM SPSS.

### RESULTADOS

El 58,6% de los pacientes eran adherentes al tratamiento, de las variables analizadas la existencia de dependencia (cualquier grado) la necesidad de cuidador, y el sexo masculino de éste se relacionaron de forma estadísticamente significativa con la no adherencia. En lo referente a la conciliación, el 75.4% de los pacientes presentaron discrepancias respecto a tratamiento domiciliario, el 16.5% de las discrepancias no estaban justificadas y el 12.7% fueron rectificadas consideradas errores de conciliación. El número de errores medio por paciente fue de 2.1 y de los factores analizados, el número de fármacos fue el único estadísticamente significativo. La adecuación se relacionó con el número de diagnósticos, medicamentos, categorías PP y el índice de Charlson, mostrando una asociación estadísticamente significativa con el número de intervenciones; siendo el coeficiente de correlación de Pearson de 0,322( $p<0,001$ ), 0,369( $p<0,001$ ), 0,162( $p=0,12$ ) y 0,183 ( $p=0,004$ ) respectivamente. La diferencia media de intervenciones entre mujeres ( $3,82\pm 1,77$ ) y hombres ( $3,11\pm 1,88$ ) fue significativa ( $p=0,003$ ) así como para categoría A1 ( $3,65\pm 1,86$ ) frente a la ausencia ( $3,00\pm 1,77$ ) ( $p=0,012$ ); y para B2,  $3,92\pm 1,99$  y  $3,16\pm 1,70$  respectivamente ( $p=0,002$ ).

### CONCLUSIONES

En el paciente pluripatológico el grado de no adherencia se relaciona con la presencia de dependencia, la necesidad de cuidador y el sexo masculino del mismo; los errores de conciliación son frecuentes en esta población y esto se relaciona directamente con el número de fármacos domiciliarios y el grado de adecuación disminuye al aumentar el número de diagnósticos, categorías de pluripatología, la comorbilidad según el índice Charlson, el número de fármacos, en pacientes de sexo femenino y en pacientes con criterios de pluripatología A1 y B2.

**EA-8 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y MORTALIDAD DE LOS PACIENTES SOMETIDOS A COLECISTOSTOMÍA PERCUTÁNEA**

M. Pérez Quintana<sup>1</sup>, N. Ramírez Duque<sup>1</sup>, M. Flores Cortés<sup>2</sup>, I. Ramallo<sup>2</sup>, S. García Morillo<sup>1</sup>, S. Rodríguez Suárez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Cirugía General y de Urgencias. Complejo Hospitalario Virgen del Rocío. Sevilla

**OBJETIVOS**

Analizar las características clínicas así como la mortalidad de todos los pacientes diagnosticados de colecistitis aguda sometidos a una colecistostomía percutánea en un Hospital de tercer nivel.

**MATERIAL Y MÉTODO**

Estudio descriptivo, prospectivo de todos los pacientes sometidos a una colecistostomía percutánea durante los años 2012 y 2013 en el Hospital Universitario Virgen del Rocío (Sevilla). Se han analizado las características clínicas de los pacientes, situación funcional mediante el índice de Barthel, forma de presentación de la colecistitis y resultado final tras la colecistostomía.

**RESULTADOS**

Se analizaron un total de 22 pacientes con una edad media de 72,14±14,6 años, siendo el 54,5% mujeres. Las enfermedades crónicas más prevalentes eran: HTA en el 70%, DM tipo 2 en el 41%, insuficiencia cardiaca o cardiopatía isquémica en el 45%. Presentaban deterioro cognitivo establecido el 18,2% y el 32% tenía un Índice de Barthel < 60 puntos. Como clínica de presentación de la colecistitis aguda presentaban fiebre el 60%, hipotensión 36,4% y leucocitosis 86,4%. La estancia media de los enfermos fue 28±19 días, colocándose el catéter a los 6,7±8,6 días del diagnóstico. Se produjo el exitus durante la hospitalización en dos pacientes (10%) y fue realizada una colecistectomía en un segundo tiempo en el 54,5%. El 63,6% (14 pacientes) fueron hospitalizados en medicina interna, 2 en UCI (9%) y 6 en cirugía (27,6%). Los enfermos a cargo de medicina interna eran significativamente de más edad (62±19 vs 78±10 años p<0.01) y se operaron en un segundo tiempo con más frecuencia (75% vs 43% p =0.03) sin existir diferencias en cuanto a los días que transcurren hasta la colocación del catéter ni en cuanto a la estancia media.

**CONCLUSIONES**

La colecistostomía percutánea ha sido la técnica de elección para el abordaje de la colecistitis aguda en un subgrupo de pacientes con edad avanzada y elevada comorbilidad. A pesar de que el resultado fue satisfactorio en la mayoría de ellos, esto es a expensas de una estancia media prolongada.

## EA-9 COMORBILIDAD EN LA PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDIACA: ¿EXISTEN DIFERENCIAS ENTRE FUNCIÓN SISTÓLICA CONSERVADA O DEPRIMIDA?

M. Moreno Conde<sup>1</sup>, M. López Ibáñez<sup>1</sup>, Á. Gallego de la Sacristana López Serrano<sup>1</sup>, J. Bonilla Palomas<sup>2</sup>, A. Gámez López<sup>2</sup>, A. Villar Ráez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Cardiología. Hospital San Juan de la Cruz. Úbeda (Jaén)

### OBJETIVOS

La insuficiencia cardiaca (IC) es una de las enfermedades más prevalentes en nuestro medio, aumentando su incidencia con la edad. Es por ello, que con frecuencia aparecen asociados en el paciente con IC otras comorbilidades. El conocimiento de las mismas, su relación fisiopatológica con la IC así como su manejo, representan un reto en el abordaje integral de estos pacientes. El índice de Charlson (ICh) ha sido ampliamente utilizado en la valoración de la comorbilidad en diversos escenarios clínicos. El objetivo del presente trabajo es describir la comorbilidad del paciente con IC utilizando dicho índice, así como establecer diferencias entre las dos formas fisiopatológicas de IC: función sistólica conservada (FSC) o deprimida (FSD).

### MATERIAL Y MÉTODO

Se evaluaron 360 pacientes dados de alta tras un ingreso por IC.

### RESULTADOS

La edad media de la serie fue de 75±10 años. 203 pacientes (56%) presentaban IC con FSC. El ICh medio fue de 4,2±2,3, siendo mayor en los pacientes con FSD (4,4± 2,3 vs 3,8± 2,1, p= 0,01). Esta mayor comorbilidad en estos pacientes fue a expensas fundamentalmente de una mayor prevalencia de IAM y diabetes con complicaciones crónicas. En la tabla adjunta se representan las comorbilidades más prevalentes así como las diferencias entre el grupo de pacientes con FSC y FSD.

### CONCLUSIONES

El paciente con IC presenta una elevada comorbilidad, mayor en pacientes con IC y FSD. Destaca la elevada prevalencia de anemia, IAM, EPOC, disfunción renal y diabetes con complicaciones crónicas.

### BIBLIOGRAFÍA

- Nieminen MS, Bohm M, Cowie MR, Drexler H, Filippatos GS, Jondeau G, et al. Executive summary of the guidelines on the diagnosis and treatment of acute heart failure: the Task Force on Acute Heart Failure of the European Society of Cardiology. *Eur Heart J* 2005; 26(4):384-416.

Tabla. Componentes del Índice de Charlson en pacientes con IC y función sistólica conservada (FSC) y deprimida (FSD) (EA-9)

|                            | FSC | FSD | p      |                                      | FSC  | FSD  | p    |
|----------------------------|-----|-----|--------|--------------------------------------|------|------|------|
| Anemia                     | 49% | 45% | 0,73   | Tumor sólido metastásico             | 0,6% | 2%   | 0,56 |
| IAM                        | 18% | 41% | <0,001 | Enfermedad hepática                  | 2,5% | 5%   | 0,57 |
| EPOC                       | 27% | 28% | 0,98   | Diabetes leve-moderada               | 25%  | 18%  | 0,26 |
| Enfermedad arterial MMII   | 4%  | 8%  | 0,23   | Diabetes con complicaciones crónicas | 28%  | 39%  | 0,09 |
| Enfermedad cerebrovascular | 12% | 9%  | 0,76   | Hemiplejia o paraplejia              | 2,6% | 0,5% | 0,24 |
| Demencia                   | 9%  | 7%  | 0,73   | Enfermedad renal (ClCr <30 ml/min)   | 18%  | 17%  | 0,98 |
| Enfermedad reumática       | 16% | 20% | 0,53   | Tumores malignos                     | 0,6% | 0,5% | 0,46 |

**EA-10 MÁS ALLÁ DEL SÍNDROME CONFUSIONAL. CON LA CASA A CUESTAS**

M. García Gómez, C. García Redecillas, J. Trujillo Pérez, E. Gálvez Gálvez, F. Molina Molina  
Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario de Jaén. Jaén

**OBJETIVOS**

Comparar el estado social al ingreso y el estado social al alta en pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna del Complejo Hospitalario de Jaén que presentaron SCA con aquellos que no lo presentaron.

**MATERIAL Y MÉTODO**

Estudio de cohortes longitudinal prospectivo. En una cohorte se incluyeron aquellos pacientes que presentaron SCA durante el ingreso hospitalario y se comparó con otra cohorte de pacientes de similares características que no presentaron dicho cuadro durante su ingreso en el Servicio de Medicina Interna del Complejo Hospitalario de Jaén durante el periodo de Noviembre-Marzo 2011. Se comparó el estado social al ingreso y al alta en ambos grupos calculando el Test de Mc Nemar para evaluar si existe alguna evolución en la variable medida en dos momentos temporales diferentes. Además se comparó la situación social al ingreso y al alta entre ambos grupos. Para el análisis bivariado de variables cualitativas se utilizó la prueba de Chi-cuadrado y la prueba de Chi cuadrado con corrección de Yates.

**RESULTADOS**

Respecto al grupo que desarrollo síndrome confusional agudo un 25.7% (9) cambiaron de lugar de residencia al alta mientras que el 74.3% (26) volvieron a su mismo lugar de residencia. Previo al ingreso el 21.4% (9) vivían en su domicilio. Al alta uno de ellos fue a un hospital de crónicos, otro precisó ayuda en el domicilio y otro fue institucionalizado. El 59.5% (25) vivían previamente en el domicilio con ayuda, de ellos uno cambió de domicilio, dos fueron a un hospital de crónicos y otro a residencia. Del 19% (8) que vivía en residencias, dos de ellos fueron a un hospital de crónicos. Respecto al grupo control, los resultados indican que no existen cambios significativos en la situación social. Cuando comparamos la situación social previa al ingreso entre los pacientes del grupo que presentan síndrome confusional agudo y los pacientes del grupo control, encontramos diferencias estadísticamente significativas. Podemos ver que del total de pacientes que antes del ingreso vivían en el domicilio sin ayuda, solo un 39.14% desarrollaron síndrome confusional agudo. De los pacientes que precisaban ayuda en el domicilio el 69.44% desarrolló un cuadro confusional agudo, y el 100% (8) de los pacientes que procedían de residencias presentaron delirium durante el ingreso.

**DISCUSIÓN**

Las consecuencias del delirium no terminan con el alta del paciente, sino que su desarrollo es además factor de riesgo de institucionalización. Algunos estudios han demostrado que al año del alta hospitalaria, la institucionalización es mayor en aquellos pacientes que presentaron un síndrome confusional agudo con respecto a aquellos que no lo presentaron. Por todo ello no debemos olvidar los efectos que el cambio de domicilio tiene sobre los pacientes, y sobre el cuidador.

**CONCLUSIONES**

Está demostrado que el desarrollo de síndrome confusional agudo se asocia a un mayor riesgo de institucionalización. El mero hecho del ingreso de una persona válida en una institución, conlleva un aumento en el nivel de dependencia, siendo preferible la rotación del familiar por diversos hogares antes que el ingreso en residencia. En nuestro estudio, vemos que al alta, todos aquellos pacientes que cambiaron de lugar de residencia pertenecían al grupo que había presentado síndrome confusional agudo. La relación directa entre el desarrollo de delirium durante un ingreso hospitalario con el cambio social nos obliga a adoptar medidas de forma precoz para evitar el desarrollo de SCA.

**BIBLIOGRAFÍA**

- Joost Witlox et al. *Delirium in Elderly Patients and the Risk of Postdischarge Mortality, Institutionalization, and Dementia A Meta-analysis JAMA, July 28, 2010—Vol 304, No. 4*

## EA-13 ÍNDICE PROFUND EN PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA. VALIDACIÓN DEL ÍNDICE

M. Nieto Martín<sup>1</sup>, P. Bohórquez Colombo<sup>2</sup>, M. García Lozano<sup>2</sup>, A. Cuberos Sánchez<sup>3</sup>, L. Moreno Gaviño<sup>1</sup>, M. Bernabeu Wittel<sup>1</sup>, en representación de los investigadores del Estudio Profund

<sup>1</sup>UCAMI. Complejo Hospitalario Virgen del Rocío. Sevilla

<sup>2</sup>SAS. Servicio Andaluz de Salud. Sevilla

<sup>3</sup>SAS. Unidad de investigación UCG Camas. Fisevi. Camas (Sevilla)

### OBJETIVOS

Validar el índice PROFUND (índice pronóstico de mortalidad en pacientes pluripatológicos (PPP) hospitalizados. 9 variables: demográfica (edad  $\geq 85$  años); 5 clínicas (neoplasia activa, demencia, disnea (III-IV de la NYHA y/o MRC), delirium en el último ingreso hospitalario); analítica (Hb $<10$ ); 2 de valoración funcional-sociofamiliar (Escala de Barthel $<60$ ; Cuidador diferente al cónyuge) y asistencial ( $\geq 4$  hospitalizaciones en el últimos año)), en PPP en AP a 2 años.

### MATERIAL Y MÉTODO

Diseño, ámbito de realización y marco o nivel de atención sanitaria, criterios de selección, número de sujetos incluidos, número de sujetos que responden y abandonos, intervenciones (si procede), variables y métodos de evaluación de la respuesta. Análisis estadístico, limitaciones, aspectos ético-legales. Longitudinal prospectivo multicéntrico. Sujetos: Adultos con criterio de PP, consentimiento a participar. N= 446 (p=20%; alfa=5%; beta=99%); muestreo aleatorio simple. Variable dependiente: mortalidad a 2 años. Variables independientes: sociodemográficas, clínicas, antropométricas, analíticas, prescripción, valoración funcional, cognitiva, sociofamiliar y uso de recursos sanitarios. Fuente de datos: Entrevista estructurada presencial e historia clínica. Análisis estadístico uni y bivariado. Validación del índice Profund hospitalario con recalibración del mismo en AP. Curvas de supervivencia. Comparación del poder discriminativo con el índice de Charlson.

### RESULTADOS

447 sujetos (46,2% mujeres); edad media 75,44 (IC 95% 74,58-76,31). Media categorías diagnósticas de PP 2,37 (IC 95% 2,30-2,44). Categorías más prevalentes fueron la A (64,1%), la F (41,7%) y la E (33,5%). A los dos años, mortalidad del 24,1%. Área bajo la curva ROC 0,622 (IC 95% 0,556-0,689; p  $<0,001$ ). El área bajo la curva respecto al índice de Charlson fue 0,510 (IC 0,446-0,575; (p $>0,005$ ). Probabilidad de mortalidad pronosticada por terciles de riesgo osciló entre 16,9% y 58%. El análisis de la precisión del índice PROFUND evidenció una calibración, test de Hosmer-Lemeshow 0,119. La supervivencia media 726,984 días (DS 16,01; IC 95% (695,6-758,36)).

### DISCUSIÓN

El manejo de los PPP es complejo. Conocer qué factores se asocian con la mortalidad permitirá diseñar estrategias de intervención específicas y facilitará la toma de decisiones en la práctica clínica.

### CONCLUSIONES

El índice PROFUND de diseño en PPP hospitalizados mantiene una buena precisión en la estratificación del riesgo de mortalidad a los 2 años en poblaciones de PP de AP. La aplicación de este índice en el ámbito de la Atención Primaria podrá identificar a aquellos sujetos de mayor riesgo y que por lo tanto se puedan beneficiar de una atención compartida con su internista de referencia.

## EPOC y Patología respiratoria (EP)

**EP-1 COLONIZACIÓN POR PNEUMOCYSTIS JIROVECII EN PACIENTES CON EPOC. RELACIÓN CON EL ESTADIO Y EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD**

M. Calero Bernal<sup>1</sup>, E. Pereira Diaz<sup>1</sup>, A. Calzada Valle<sup>1</sup>, J. Varela Aguilar<sup>1</sup>, E. Márquez Martín<sup>2</sup>, F. Ortega Ruiz<sup>2</sup>, E. Calderón Sandubete<sup>1</sup>, F. Medrano Ortega<sup>1</sup>

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

**OBJETIVOS**

Los factores que determinan qué fumadores van a desarrollar EPOC en el futuro y la gravedad de la enfermedad se desconocen. Se ha planteado que la respuesta inflamatoria inducida por los agentes infecciosos podría tener un importante papel en el desarrollo o progresión de dicha entidad. El objetivo del nuestro estudio fue conocer la tasa de colonización por *Pneumocystis jirovecii* en sujetos fumadores con y sin EPOC y evaluar su posible relación con factores asociados a la progresión de la enfermedad.

**MATERIAL Y MÉTODO**

Estudio transversal realizado en 2013 en pacientes no seleccionados atendidos en una consulta de Neumología monográfica de tabaquismo con o sin EPOC en cualquier estadio de su enfermedad. A todos los pacientes se le realizó una historia clínica y una espirometría y se recogieron muestras de esputo inducido para estudios microbiológicos. El diagnóstico molecular de la colonización por *P. jirovecii* se realizó en las muestras respiratorias identificando fragmentos de ADN en la región mt LSUrRNA del patógeno mediante PCR a tiempo real. Se realizó un análisis estadístico utilizando el paquete estadístico IBM SPSS Statistics versión 19.0.

**RESULTADOS**

El 42.6% de los 101 pacientes estudiados estaba colonizado por *Pneumocystis*. La prevalencia de colonización en los diferentes estadios de la clasificación GOLD 2009 fue similar: fumadores sin EPOC: 10/22 (45,4%), estadio I: 9/21 (42,9%), estadio II: 10/28 (35,7%), estadio III: 8/16 (50%), estadio IV: 6/14 (42,8%) (p=0.913). No se hallaron diferencias en las pruebas de función respiratoria entre los pacientes colonizados y no colonizados. Los pacientes colonizados presentaron un mayor número de agudizaciones de la enfermedad en los 12 meses previos a su inclusión en el estudio. Los resultados se muestran en la tabla.

**CONCLUSIONES**

Existe una elevada prevalencia de colonización por *Pneumocystis* en sujetos fumadores, con o sin EPOC y en todos los estadios de la enfermedad. La mayor frecuencia de agudizaciones entre los pacientes colonizados sugiere que este patógeno podría empeorar el curso clínico de la EPOC.

Tabla. Características de los pacientes colonizados y no colonizados (EP-1)

|                            | No colonizados (n=58) | Colonizados (n= 43) | p     |
|----------------------------|-----------------------|---------------------|-------|
| FEV1 (%), media ± DE       | 69,9 ± 27,4           | 69,34 ± 27,3        | 0,951 |
| FVC (%), media ± DE        | 99,1 ± 22,4           | 96,1 ± 22,3         | 0,51  |
| FEV1%, media ± DE          | 54,6 ± 16,6           | 55,67 ± 15,35       | 0,718 |
| Agudizaciones*, media ± DE | 0,39 ± 0,95           | 0,69 ± 1,08         | 0,055 |

## Enfermedad vascular (cardiopatía isquémica, enfermedad cerebrovascular, enfermedad arterial periférica y enfermedad vascular subclínica) (EV)

### EV-1 EFECTO DEL CONSUMO DE OMEGA 3 SOBRE EL METABOLISMO DE LA GLUCOSA EN PACIENTES CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA: ESTUDIO CORDIOPREV

M. Sánchez Moruno, F. Gómez-Delgado, J. Alcalá Díaz, G. Quintana Navarro, J. Delgado-Lista, P. Pérez Martínez, J. López Miranda

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

#### OBJETIVOS

Evaluar la influencia del consumo de Omega 3 proveniente del pescado sobre el metabolismo de la glucosa en pacientes con enfermedad cardiovascular establecida.

#### MATERIAL Y MÉTODO

Se seleccionaron aleatoriamente 704 pacientes incluidos en el estudio CORDIOPREV (NCT00924937). Se analizó el consumo de Omega 3 proveniente del pescado utilizando los cuestionarios de frecuencia de consumo de alimentos (FFQ)<sup>1</sup> y las tablas de composición de alimentos de la USDA (United States Departamento of Agriculture) y se dividió en tertiles del siguiente modo: Tertil 1 0-0.269 g., Tertil 2 0.270-0.445 g., Tertil 3 >0.445 g. Además, se realizó una sobrecarga oral de glucosa y determinamos diferentes parámetros relacionados con la sensibilidad y la resistencia a la insulina [HOMA-IR (Homeostasis Model of Assessment - Insulin Resistance), HOMA-B (Homeostasis Model Assessment beta cell function) y Disposition index].

#### RESULTADOS

Tras la SOG, los pacientes con un mayor consumo de Omega 3 presentaron una menor respuesta glucémica que los pacientes con un menor consumo ( $p=0.028$ ). No encontramos diferencias significativas en los parámetros relacionados con la sensibilidad (HOMA-B y Disposition index) y la resistencia a la insulina (HOMA-IR).

#### DISCUSIÓN

En la actualidad no existen evidencias consistentes sobre el consumo de omega 3 y su papel en el metabolismo de la glucosa. En este contexto, en nuestro estudio hemos observado cómo los pacientes con mayor consumo de Omega 3 presentan una menor glucemia, tras el test de SOG. Nuestros hallazgos sugieren que el mayor consumo de Omega 3 y la mejora en la respuesta glucémica no está mediada por la acción de la célula Beta, dado que ni el Disposition Index ni el HOMA-B se vieron influenciados por la diferencia en el consumo de Omega 3.

#### CONCLUSIONES

El consumo de una dieta rica en Omega 3 proveniente de pescado reduce la hiperglucemia en pacientes con un elevado riesgo cardiovascular. Intensificar el consumo de pescado en estos pacientes es una estrategia útil para reducir las complicaciones que acompañan a las alteraciones relacionadas con el metabolismo de la glucosa.

*Tabla. Características basales de la población del estudio (EV-1)*

|                                  |                           |
|----------------------------------|---------------------------|
| N muestra                        | 704                       |
| Hombre / Mujer                   | 592 (84.1%) / 112 (15.9%) |
| Sd. Metabólico/No Sd. Metabólico | 399 (56.7%)/305 (43.3%)   |
| IMC                              | 31.1 ±4.52                |
| DM / No DM                       | 255 (36.2%)/449 (63.8%)   |
| Glucosa (mg./dL.)                | 113.79±38.5               |
| Insulina basal (mU/L.)           | 12.13±23.9                |
| Hemoglobina glicada %            | 6.6±1.2                   |

## Gestión Clínica (G)

### G-1 GRADO DE SATISFACCIÓN DE LOS MÉDICOS DE FAMILIA CON UN PROGRAMA DE COLABORACIÓN CON MEDICINA INTERNA

A. Hurtado Ganoza<sup>1</sup>, M. Ortiz Camuñez<sup>2</sup>, N. Ramírez Duque<sup>1</sup>, C. Rivas Cobas<sup>1</sup>,  
P. Rodríguez Torres<sup>1</sup>, M. Ollero Baturone<sup>1</sup>

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

<sup>2</sup>Atención Primaria. Centro de Salud de Camas. Camas (Sevilla)

#### OBJETIVOS

Valorar el grado de participación, así como de satisfacción con un programa de colaboración entre Atención Primaria y Medicina Interna.

#### MATERIAL Y MÉTODO

Estudio transversal en el que se incluyeron todos los médicos de familia pertenecientes a 20 Centros de Salud, que al menos llevaban un año en el programa de colaboración con Medicina Interna. Se les facilitó una encuesta anónima en la que se analizó: el perfil profesional, su conocimiento y participación en el programa, el grado de satisfacción respecto al programa en su conjunto y en cuanto a aspectos puntuales.

#### RESULTADOS

Completaron la encuesta un total de 110 médicos (39,2% de la población), siendo el 51,8% mujeres. El 71% de los médicos tenía entre 50-60 años y eran fijos el 94,5%. El 100% de los médicos encuestados conocían el programa de colaboración y el 98% había contactado al menos una vez con su internista de referencia (IR). Las vías de contacto utilizadas eran el teléfono móvil en el 80% y las sesiones clínicas compartidas en el 75%. En los dos últimos meses el 93% había realizado al menos una consulta puntual y el 33% había realizado al menos un ingreso programado. El 91% tenía bastante o mucha facilidad para contactar con su IR y el 91% opinaba que la demora en la cita en consultas estaba bastante o muy ajustada y consensuada. El 91% estaba bastante o totalmente satisfecho con la valoración de pacientes en consultas, el 62% con los ingresos programados y el 84% con las sesiones clínicas compartidas. En cuanto a la aportación del programa el 79% opinaba que contribuía bastante o mucho al manejo de los pacientes, el 82% a la resolución de problemas, el 91% a la continuidad asistencial y el 92% a la calidad asistencial.

#### CONCLUSIONES

Nuestro programa de colaboración entre Atención Primaria y Medicina Interna fue valorado muy positivamente por los médicos de familia. La puntuación es especialmente alta en la derivación de enfermos a consultas y en las sesiones compartidas contribuyendo de manera importante a la continuidad asistencial.



## G-3 UN INTERNISTA EN EL ÁREA DE URGENCIAS

A. Sillero Herrera, M. Martín Ponce, J. García García

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

### OBJETIVOS

Evaluar el papel de un internista en el área de Urgencias.

### MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo sobre la actividad asistencial desarrollada entre Noviembre de 2013 a Enero de 2014 por un facultativo de Medicina Interna en el área de Urgencias. El objetivo fundamental es facilitar las alternativas de hospitalización entre los pacientes pendientes de ingreso. Para ello, se dispone de las siguientes herramientas extrahospitalarias: dos consultas externas para diagnóstico rápido y cuatro unidades de día (tres de ellas para cuidados paliativos). En todas ellas es posible ubicar a los pacientes en menos de una semana desde la solicitud de la cita y, en el caso de las unidades, en menos de 48 horas. En Urgencias, las pruebas complementarias que pudieran ser solicitadas por el internista, además de las propias de este área, son: 1) extracción de analíticas de hospitalización, 2) solicitar pruebas diagnósticas para su realización precoz antes de las 48 horas, como son la ecocardiografía, ecografía abdominal y TAC cuerpo entero.

### RESULTADOS

Fueron evaluados 215 pacientes durante los 37 días con presencia de un internista en el área de Urgencias. De ellos, 62 (17,2%) sujetos pendientes de ingreso fueron remitidos a otras alternativas a la hospitalización: 40 individuos a consultas, 13 a las unidades de día y 9 sujetos para seguimiento en atención primaria tras reajuste de la medicación. Entre los pacientes ingresados, 153 (83%), se realizaron extracciones de analíticas completas dirigidas en 45 (29%) de ellos y se solicitaron pruebas diagnósticas en 64 (42%) individuos.

### DISCUSIÓN

Invertir recursos propios de Medicina Interna en el área de Urgencias permite disminuir el número de ingresos y repercute en una mejora de la orientación diagnóstica y terapéutica. Existe un claro beneficio para los pacientes y un beneficio económico con la presencia del internista en todas las áreas hospitalarias (urgencias y especialidades quirúrgicas). Esto además conlleva una mejora en la continuidad asistencial y en la relación del hospital con atención primaria.

### CONCLUSIONES

La valoración precoz de los pacientes pendientes de ingreso en el área de Urgencias facilitó la orientación diagnóstica y la optimización del tratamiento. Un alto porcentaje de individuos pueden ser reubicados en las distintas alternativas de la hospitalización de las unidades de Medicina Interna.

**G-4 MEDICINA PERIOPERATORIA: ¿SERVIMOS PARA ALGO?**

F. Garrachon-Vallo<sup>1</sup>, L. Fernández-López<sup>1</sup>, J. Vega-Sánchez<sup>1</sup>, J. Sala-Turrens<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Unidad de Medicina Perioperatoria. UGC Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Documentación Clínica. Hospital Virgen Macarena. Sevilla

**OBJETIVOS**

Analizar los resultados obtenidos por la Unidad de Medicina Perioperatoria (MPO) de la UGC de Medicina Interna del Hospital Virgen Macarena, referidos a la atención a fracturas de cadera, e intentar relacionar su comportamiento con la actividad de la unidad.

**MATERIAL Y MÉTODO**

Se han consultado las siguientes fuentes de información: registro de actividad de la Unidad de MPO, Memoria de la UGC de Medicina Interna del Hospital Virgen Macarena (HVM). Informes del Servicio de Documentación Clínica del HVM y Auditorías de la Comisión de Mortalidad del HVM. El periodo considerado ha sido el de funcionamiento de la Unidad de Medicina Perioperatoria (junio 2010 hasta el presente). Los resultados expuestos son indicadores de gestión de fracturas de cadera de la UGC de Cirugía Ortopédica y Traumatología (COT) (índice de Utilización de Estancias (IUE) e índice de Complejidad), y Tasa de Mortalidad en fractura de cadera (IQI 19 de la AHRQ).

**RESULTADOS**

En el periodo junio 2010 hasta abril de 2014 se han atendido 2080 interconsultas, con una media de seguimiento de 8.78 días, bajo la modalidad de Gestión Compartida y dos tipos de atención: programada tras acuerdos interunidades para la atención a determinados procesos (fractura de cadera con COT, neoplasias de cabeza y cuello con ORL) o a demanda, ofertada a cualquier otra unidad. Por especialidades y tipo de atención: programada 1567 casos (1522 COT, 45 ORL), a demanda 513 casos (COT 331, Cirugía general 112, ORL 18, Urología 10, Neurocirugía 9, Anestesia 8, E Infecciosas 7, Cirugía Plástica 7, Dermatología 4, Ginecología 3, Oftalmología 2, UCI 1, Dirección 1). La Tasa de Mortalidad en fractura de cadera observada ha sido de 6.86 en 2010, 8.54 en 2011, 7.24 en 2012, 5.46 en 2013. El IUE para los GRDs relacionados con fractura de cadera ha sido 0.92 en 2011, 1.15 en 2012 y 1.21 en 2013. El peso medio para el mismo conjunto: 2.95, 2.94 y 3.03, respectivamente.

**DISCUSIÓN**

Se presentan resultados de gestión y en salud del proceso fractura de cadera, por ser éste lo suficientemente homogéneo y prevalente (1522 casos atendidos) como para aportar resultados significativos. Las tasas de mortalidad por fractura de cadera muestran un repunte en el primer año completo de actividad de la unidad (2011), seguido de un progresivo descenso en los dos años posteriores, En estos años se han ido implementando diversos protocolos asistenciales, en una dinámica de mejora continua de la calidad. Si bien es arriesgado atribuir este descenso en exclusiva a alguna modificación de comportamientos asistenciales, algunos de los protocolos han demostrado eficacia frente a determinadas complicaciones relacionadas con la morbimortalidad de estos pacientes. El IUE ha mostrado un comportamiento inverso, con mejora inicial y empeoramiento posterior. Igualmente es difícil atribuir a la atención clínica en exclusiva este hecho, ya que influyen factores estructurales y organizativos. El peso medio ha mostrado tendencia al crecimiento, como reflejo de un incremento en el número de diagnósticos. En la exposición se presentará un estudio pormenorizado en un intento de explicar estos comportamientos.

**CONCLUSIONES**

El modelo de asistencia compartida mediante una unidad de MPO puede ser útil no sólo en la mejora de indicadores de gestión, sino, en determinados entornos, puede mejorar indicadores de salud, como la disminución de la mortalidad intrahospitalaria. Es importante diferenciar factores modificables por cambios asistenciales y los de índole estructural y organizativos para reducir variables de confusión. La evaluación de los resultados siguiendo una metodología de mejora continua de la calidad nos parece necesaria para optimizar los protocolos asistenciales.

## Enfermedades Infecciosas (I)

### I-1 VARIABILIDAD GENÉTICA DE PNEUMOCYSTIS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS, PERSONAL SANITARIO Y POBLACIÓN GENERAL: EVIDENCIAS A FAVOR DE SU TRANSMISIÓN NOSOCOMIAL

A. Calzada Valle<sup>1</sup>, M. Calero Bernal<sup>1</sup>, E. Pereira Díaz<sup>1</sup>, M. Martínez Rísquez<sup>1</sup>, E. Campano<sup>2</sup>, C. De la Horra<sup>2</sup>, R. Morillo de la Osa<sup>2</sup>, F. Medrano Ortega<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>CIBERESP. Complejo Hospitalario Virgen del Rocío. Sevilla

#### OBJETIVOS

Evidencias recientes sugieren la posibilidad de la transmisión nosocomial de la infección por *Pneumocystis*. El estudio de la variabilidad genética del patógeno es útil para evaluar la circulación del patógeno en el reservorio humano. El objetivo de este estudio fue analizar la variabilidad genética de *P. jirovecii* en pacientes ingresados y profesionales sanitarios (PS) colonizados de diferentes áreas del hospital y compararlas con los genotipos identificados en población general.

#### MATERIAL Y MÉTODO

Estudio transversal llevado a cabo desde 2004 hasta 2007 incluyendo 110 pacientes ingresados en un hospital universitario de tercer nivel en áreas de diferente riesgo para esta infección. Al mismo tiempo, en cada unidad se evaluaron 138 PS y 9 muestras de aire ambiente hospitalario. Como grupo control se incluyó una muestra no seleccionada de 121 sujetos no hospitalizados de un pueblo rural en la misma zona geográfica. Cada participante se sometió a un examen clínico-epidemiológico y se recogieron muestras de lavado orofaríngeo (LOF) para analizarlas. La colonización por *P. jirovecii* fue detectada mediante PCR anidada en el gen que codifica el ARN de la subunidad mayor del ribosoma mitocondrial (mtLSUrRNA) usando los cebadores externos pAZ102-E/-H y la pAZ102-X/-Y cebadores internos en las muestras de LOF. La genotipificación se realizó en 2 loci independientes del patógeno: el fragmento mtLSUrRNA mediante secuenciación directa y el gen de la dihidropteroato sintasa (DHPS) mediante detección de polimorfismos de ADN con enzimas de restricción (RFLP).

#### RESULTADOS

Globalmente estaban colonizados 32 de 110 pacientes (29,1%), 37 de 138 profesionales sanitarios (26,8%) y siete de 121 del grupo control (5,8%). La presencia de ADN de *P. jirovecii* se detectó en 4 de 9 muestras de aire ambiente. Se identificaron tres genotipos diferentes del gen mtLSUrRNA y tres del locus DHPS, incluyendo los subtipos 2 y 3 asociados a la resistencia a las sulfonamidas. Los resultados se presentan en la tabla. La coinfección con múltiples cepas se detectó en los pacientes hospitalizados y en los PS pero no en la población general. El análisis conjunto de ambos loci genéticos mostró la presencia de 8 genotipos multilocus de las 25 posibles combinaciones: 1/1, 1/3, 1/mezcla, 2/1, 3/1, mezcla / 1, mezcla /mezcla. Se encontró el mismo genotipo multilocus (1/3) en uno de los pacientes y en el médico que lo atendía. En el estudio de la variabilidad genotípica más amplio realizado en nuestro medio, la prevalencia de este genotipo fue de 6,4%, por lo que la probabilidad aleatoria de encontrar dos individuos con este genotipo es 4,1 por 10.000.

#### CONCLUSIONES

El patrón genotípico de cepas de los pacientes hospitalizados y el personal sanitario del hospital es similar y distinto del que se encuentra en la población general. Se encontraron mutaciones en el gen DHPS asociadas con la resistencia a sulfamidas en los pacientes hospitalizados y, por primera vez, se describen en los PH. Esto junto a la detección del patógeno en aire ambiente hospitalario y la concordancia completa entre el genotipo multilocus mitocondrial/DHPS identificado en un paciente y en su médico, apoyan fuertemente la hipótesis de una posible transmisión nosocomial del patógeno, incluyendo la de cepas con resistencia a las sulfamidas.

Tabla. PS, Personal sanitario; m, mutación; w, tipo salvaje; “mezcla” indica la presencia de > 1 genotipo (I-1)

| Grupo            | Genotipos mflSUrRNA, n (%) |                              |                  |          | Genotipos DHPS, n (%) |                |                |         |
|------------------|----------------------------|------------------------------|------------------|----------|-----------------------|----------------|----------------|---------|
|                  | 1<br>(85C/248C)            | 2<br>(85 <sup>a</sup> /248C) | 3<br>(85TC/248C) | Mezcla   | 1<br>(55w/57m)        | 2<br>(55m/57w) | 3<br>(55w/57m) | Mezcla  |
| <b>Pacientes</b> | 9 (34,6)                   | 6 (23,1)                     | 6 (23,1)         | 5 (19,2) | 8 (7,27)              | 1 (9,1)        | 1 (9,1)        | 1 (9,1) |
| <b>PHS</b>       | 19 (57,6)                  | 3 (9,1)                      | 10 (30,3)        | 1 (3)    | 2 (50)                | 0              | 1 (25)         | 1 (25)  |
| <b>Controles</b> | 0                          | 3 (42,8)                     | 4 (57,2)         | 0        | 0                     | 0              | 0              | 0       |

## I-2 CAMBIO EN LAS CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE LA NEUMONÍA POR PNEUMOCYSTIS EN PACIENTES NO VIH EN ESPAÑA EN LA ÚLTIMA DÉCADA

M. Martínez-Risquez<sup>1</sup>, M. Calero Bernal<sup>1</sup>, F. Ruiz-Ruiz<sup>1</sup>, P. Rodríguez Torres<sup>1</sup>, A. García López<sup>2</sup>, M. González Jiménez<sup>1</sup>, J. Guerrero Durán<sup>3</sup>, F. Medrano Ortega<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>3</sup>Centro de Documentación Clínica. Complejo Hospitalario Virgen del Rocío. Sevilla

<sup>2</sup>Atención Primaria. Centro de Salud de Cala. Distrito Aljarafe, Sevilla Norte (Sevilla)

### OBJETIVOS

Tras la introducción del tratamiento antirretroviral de alta eficacia en la década de los 90 se produjo una importante disminución en la incidencia global de la neumonía por *Pneumocystis jirovecii* (PcP), sin embargo un estudio reciente en Reino Unido ha descrito un progresivo aumento en los últimos años entre pacientes inmunodeprimidos no VIH. El objetivo de este estudio fue analizar la incidencia y características epidemiológicas de la PcP en pacientes sin infección por VIH en España en la última década.

### MATERIAL Y MÉTODO

Se identificaron en la Base Datos del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) a los pacientes con el código indicativo de infección por *P. jirovecii* (136.3) en Sistema Nacional de Salud entre 2003 y 2012. Entre los casos identificados, se analizaron para cada año: edad media, estancia media, media de peso GDR (grupos relacionados con el diagnóstico), coste medio del episodio y reingresos en los 30 días. Para evaluar las diferencias interanuales se realizó un análisis de regresión lineal utilizando el paquete estadístico IBM SPSS versión 19 (Ciudad, País).

### RESULTADOS

Durante el periodo de estudio se registraron un total de 2128 casos de PcP en pacientes sin infección por VIH. Globalmente en el periodo de estudio la edad media de los pacientes fue de 56 años, la estancia media de 24.88 días, la media de peso GRD de 26.39, el coste medio atribuible a cada episodio de 10792,93 euros y la tasa media de reingresos del 23,32 %. En la tabla se muestra la evolución anual de las diferentes variables.

### CONCLUSIONES

1.-En España la incidencia de PcP en pacientes sin infección por VIH ha aumentado de forma significativa en la última década. 2.-Actualmente consume un importante volumen de recursos. 3.-Se ha detectado un aumento en el coste medio que no se relaciona con la complejidad de los pacientes y que tampoco permite la disminución de los re-ingresos. 4.- Un diagnóstico precoz de pacientes sin infección VIH de alto riesgo para PcP, permitiría frenar el aumento de incidencia y mejoraría la efectividad-eficiencia.

Tabla (I-2)

| AÑO   | n      | Edad Media | Estancia Media | Peso Medio GDR | Coste episodio E | Reingresos |
|-------|--------|------------|----------------|----------------|------------------|------------|
| 2003  | 190    | 49,59      | 23,94          | 2,56           | 8095             | 22,63      |
| 2004  | 181    | 52,82      | 24,99          | 2,69           | 9119             | 18,78      |
| 2005  | 194    | 56,09      | 25,01          | 2,77           | 9700             | 21,65      |
| 2006  | 163    | 54,08      | 25,67          | 2,77           | 10164            | 22,09      |
| 2007  | 192    | 59,30      | 24,58          | 2,75           | 10491            | 24,48      |
| 2008  | 203    | 56,09      | 25,43          | 2,52           | 10514            | 26,11      |
| 2009  | 257    | 55,97      | 23,34          | 2,52           | 10584            | 22,28      |
| 2010  | 192    | 57,26      | 26,29          | 2,55           | 12567            | 23,44      |
| 2011  | 256    | 57,77      | 23,69          | 2,50           | 12632            | 23,83      |
| 2012  | 300    | 61,59      | 25,92          | 2,71           | 14061            | 28,00      |
| Media | 212,80 | 56,05      | 24,88          | 2,64           | 10792            | 23,32      |
| p     | 0,01   | <0,003     | 0,64           | 0,33           | <0,001           | 0,03       |

#### I-4 CARACTERÍSTICAS DE LAS INFECCIONES EXTRAHOSPITALARIAS ASOCIADAS A LA ASISTENCIA SANITARIA EN NUESTRO MEDIO

M. Ruiz González, L. Muñoz Fernández, M. López Sánchez, M. Martín Armada, G. Duro Ruiz, A. Arroyo Nieto, I. Gea Lázaro, F. Molina Molina  
*Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Médico-Quirúrgico. Jaén*

##### OBJETIVOS

Las infecciones asociadas a cuidados sanitarios son las que el paciente puede contraer al recibir cuidados de salud o encontrarse en un centro asistencial. Incluye la infección nosocomial, extrahospitalaria y la del personal sanitario. La más preocupante es la comunitaria ya que se encuentra infradiagnosticada y sobre la que se aplican con frecuencia tratamientos empíricos que intervienen en la selección de patógenos y en las resistencias a antimicrobianos. Con nuestro estudio pretendemos conocer las características de los pacientes que presentan infecciones asociadas a cuidados sanitarios en nuestro medio, cuales son los factores que con más frecuencia se asocian a la susceptibilidad de contraerlas, los gérmenes más prevalentes y el grado de resistencia a antimicrobianos.

##### MATERIAL Y MÉTODO

Realizamos un estudio observacional, retrospectivo de los pacientes ingresados en la Unidad de Infecciones del Hospital Médico Quirúrgico de Jaén durante un periodo de 6 meses (Noviembre 2013- Abril 2014). Los criterios de selección son los pacientes procedentes de una residencia social, centro de hemodiálisis, centro de día o los que viven en su domicilio pero presentan algún dispositivo hospitalario (sonda nasogástrica, sonda vesical permanente, catéter venoso o gastrostomía). Las variables analizadas han sido días de estancia hospitalaria, procedencia del paciente, tipo de dispositivo, morbilidades, tipo de infección, microorganismo responsable, ingresos en los últimos 3 meses y pronóstico fatal.

##### RESULTADOS

Se trata de 73 pacientes con una edad media de 80.27 años ( $DE \pm 13.29$ ) entre los que estaban 38 varones y 35 mujeres. La media de estancia durante el ingreso fue 7.9 días ( $DE \pm 4,8$ ) y hasta el 69% de los pacientes procedía de una residencia social y el 13.6% acudían a un centro de hemodiálisis. El factor de riesgo más frecuente fue ser portador de sonda vesical (21.9%). Presentaban un grado de dependencia total el 61.6%. Como morbilidades, la demencia era la patología más prevalente (52%), seguida de HTA (28,7%), diabetes (24.6%), enfermedad renal crónica (21,9%), enfermedad cerebrovascular (20.5%), cardiopatía (20.5%), enfermedad mental (10.9%), fractura de cadera intervenida (10.9%), insuficiencia respiratoria (8%) y neoplasias (6%). En cuanto al tipo de infección, la respiratoria era la responsable del 57% de los ingresos, seguida de la urinaria (30.1%), bacteriemia (9%), cutánea (6,8%) y gastrointestinal (5%). Analizamos los gérmenes resultantes; existió un aislamiento microbiológico en 33 pacientes (45%) con gérmenes gramnegativos y grampositivos en 60% vs 45%, registrándose 4 infecciones fúngicas y una producida por mycobacterias. En general, *Escherichia coli* ha sido el germen más presente (48%), en su mayoría con cepas de resistencia a antimicrobianos (5 casos a quinolonas y 8 productores de BLEE). Entre los grampositivos *Enterococcus faecalis* y *Staphylococcus aureus* han sido los más frecuentes (la mitad de los casos resistencia a penicilina y meticilín resistente respectivamente). En general, se trata de una población que presenta con cierta frecuencia ingresos repetidos (38%) y con un porcentaje de mortalidad del 11%.

##### CONCLUSIONES

Nuestro estudio pone de manifiesto que las infecciones que se presentan en esta población son de más severidad, superponibles a las del área de hospitalización prolongada y que limitan los recursos antimicrobianos. Como proposiciones para su control, deberíamos de insistir en medidas preventivas como evitar dispositivos no necesarios, vacunación antigripal y antineumocócica, dificultar la transmisión con el lavado de manos y no tratar situaciones de colonización. En general, aplicar un consenso uniforme que sigamos todos los profesionales sanitarios y que mejore los programas actuales. Chalmers JD, Rother C, Salih W, Ewig S. Healthcare-associated pneumonia does not accurately identify potentially resistant pathogens; a systematic review and meta-analysis. Clin Infect Dis 2014; 58;330.

## Insuficiencia Cardíaca (IC)

### **IC-1 FUROSEMIDA EN ADMINISTRACIÓN SUBCUTÁNEA: UNA ALTERNATIVA AL INGRESO HOSPITALARIO EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA TERMINAL**

J. Alegre Herrera, M. Balsera Trejo, P. Martínez García, J. Royo Aguado, M. Colmenero Camacho  
*UGC Medicina Interna. Complejo Hospitalario Regional Virgen Macarena. Sevilla*

#### **OBJETIVOS**

Analizar el empleo de la furosemida por vía subcutánea (s.c.) en pacientes con insuficiencia cardíaca terminal en un Hospital de Día de Medicina Interna, y relacionarlo con diferentes variables, como la tasa de reingresos durante su uso, o la alteración de parámetros analíticos como la hemoglobina, creatinina, sodio y potasio.

#### **MATERIAL Y MÉTODO**

Estudio observacional descriptivo, de tipo transversal, en el que se analizan los pacientes con insuficiencia cardíaca terminal que son remitidos al Hospital de Día de Medicina Interna de San Lázaro para tratamiento deplectivo paliativo (desde Julio de 2013). Todos se encontraban con una clase funcional III-IV de la NYHA, a pesar de estar en tratamiento con dosis máximas de furosemida por vía oral, que se mantuvo durante el tratamiento, iniciándose tratamiento con furosemida en infusión continua s.c.

#### **RESULTADOS**

Se registraron un total de 10 pacientes, desde Julio de 2013 hasta Abril de 2014. De los pacientes seleccionados, un 60% eran hombres. La edad media fue de 74.30 años (con una desviación típica [sd] de 10.67). La media de episodios fue de 7.8 (sd 7.97), con un mínimo de 2 y un máximo de 28 episodios. El 50% de ellos no precisó ingreso durante el periodo de tratamiento, un 40% de ellos precisó ingreso hospitalario en una ocasión, y sólo un paciente (10%) precisó ingreso en dos ocasiones. La creatinina media al inicio del tratamiento fue de 1.54 mg/dl (sd 0.55). La media de creatinina posterior al tratamiento es de 1.87 (sd 1.87). Respecto a los efectos adversos, solo en el 10.7% de los casos se constató la presencia de celulitis, con fácil resolución del evento tras el cambio del punto de infusión. Se apreció una disminución del total de ingresos de 24 (previo al tratamiento) a 7 (tras tratamiento) (29.17%). El 100% de los pacientes analizados mejoró la clínica de edemas y disnea, pasando a una clase funcional II/III de la NYHA.

#### **DISCUSIÓN**

La administración de furosemida intravenosa en pacientes con insuficiencia cardíaca descompensada en un Hospital de Día ha resultado eficaz y puede disminuir los ingresos hospitalarios de estos pacientes (Banerjee et al, en 2012; Barsuk et al, en 2013). La posibilidad del empleo de la furosemida s.c. mediante bombas de elastoméricas, se ha descrito como eficaz y bien tolerada en un grupo reducido de pacientes con insuficiencia cardíaca descompensada (Zatarain et al, en 2013) así como su empleo en cuidados paliativos (Galindo et al, 2013). Mostramos nuestra experiencia en pacientes diagnosticados de insuficiencia cardíaca terminal con hallazgos similares a los publicados.

#### **CONCLUSIONES**

La administración de furosemida s.c. puede constituir una alternativa eficaz al ingreso hospitalario (convencional o en el Hospital de Día Médico) para la administración de tratamiento con furosemida en pacientes con insuficiencia cardíaca terminal, solucionando algunas de las dificultades que a diario se detectan al tratar a estos pacientes: imposibilidad de venopunción, infección de catéteres endovenosos, falta de adherencia al tratamiento, ingresos repetidos, o imposibilidad de destete de diuréticos intravenosos. En el presente trabajo se aprecia una disminución del número de ingresos y una mejora de clase funcional, con una buena tolerancia al tratamiento, lo que repercute en mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

## Inflamación/ Enfermedades Autoinmunes (IF)

### IF-1 ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LOS PACIENTES CON INMUNODEFICIENCIA COMÚN VARIABLE EN UN HOSPITAL DE ESPECIALIDADES

F. Flor Barrios, S. Bermejo Vázquez, C. Espejo Fernández, C. Leyva Prado, R. Delgado Villa, H. Cachay Osorio, I. Martín Suárez, J. Barón Franco

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

#### OBJETIVOS

- 1.- Conocer las características clínicas de los pacientes adultos con inmunodeficiencia común variable (ICV)
- 2.- Conocer el manejo terapéutico y la evolución de dichos pacientes

#### MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un análisis retrospectivo de los pacientes con ICV diagnosticados o en seguimiento en el servicio de Medicina Interna, hasta Marzo de 2014. Se ha realizado una revisión de las historias clínicas, utilizando una hoja de recogida de datos diseñada para ese fin. El análisis estadístico se ha realizado con el programa estadístico SPSSv16.

#### RESULTADOS

Se encontraron un total de 34 pacientes de los cuales 21 (61.76%) fueron mujeres. La edad media fue de 48.9 años (50.6 años en las mujeres y 47.2 años en los hombres). La media de edad con la que fueron diagnosticados fue de 41.63 años (rangos de edad de 7 a 71 años). Los valores medios de inmunoglobulinas en el momento del diagnóstico fueron: IgG 567.2, IgA 96.5 e IgM 143.7. Dentro de las manifestaciones clínicas, las infecciones aparecieron en un 61.8%. A su vez las infecciones del sistema ORL fueron las más relevantes con un 23%. El 50% de los pacientes presentó en algún momento alguna alteración de la autoinmunidad, siendo las más frecuentes la tiroiditis autoinmune y la anemia hemolítica. El 14.7% presentaron tumores malignos (el más frecuente el cáncer gástrico con un 20%). El 8.8% presentó enfermedad pulmonar crónica (el 100% de tipo obstructiva). De los 34 paciente, 4 (11.7%) presentaron en algún momento un trastorno gastrointestinal (2 de tipo EII y otros 2 de tipo malabsortivo). Del total de pacientes, 29 (85.3%) recibieron vacunas frente a *Haemophilus* y *Neumococo* fundamentalmente. El 88.2% (30 casos) recibieron tratamiento con inmunoglobulinas en algún momento, de los cuales 25 (83.3%) lo seguían recibiendo. El 25% recibían tratamiento con esteroides por otra causa. Se produjo un éxitus (2.9%) debido a una de las complicaciones de la enfermedad (linfoma no Hodgkin).

#### CONCLUSIONES

- 1.- La ICV es más frecuente en nuestro medio en mujeres jóvenes.
- 2.- Las infecciones suponen la clínica más frecuente, sobre todo las del área ORL.
- 3.- A la mayoría de los pacientes se le prescribe el tratamiento, con una adherencia elevada.
- 4.- En nuestro medio la mortalidad asociada a la ICV es baja pero no desdeñable.

#### BIBLIOGRAFÍA

- A review on guidelines for management and treatment of common variable immunodeficiency. *Expert Rev Clin Immunol.* 2013 Jun;9(6):561-74; Abolhassani H, Sagvand BT, Shokuhfar T, Mirminachi B, Rezaei N, Aghamohammadi A.
- New diagnostic criteria for common variable immune deficiency (CVID), which may assist with decisions to treat with intravenous or subcutaneous immunoglobulin. *Ameratunga R1, Woon ST, Gillis D, Koopmans W, Steele R. Clin Exp Immunol.* 2013 Nov; 174(2):203-11. doi: 10.1111/cei.12178.



## Osteoporosis (O)

### O-1 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE PACIENTES INGRESADOS POR FRACTURA DE CADERA. IMPACTO DEL SEGUIMIENTO CONJUNTO INTERNISTA-TRAUMATÓLOGO

M. Rincón Gómez, M. García Gutiérrez, M. Bernabeu Wittel, M. Martín Sanz, F. Galindo Ocaña, R. Parra Alcaraz, R. García Contreras, M. Ollero Baturone

*Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Virgen del Rocío. Sevilla*

#### OBJETIVOS

Valorar el impacto en las características clínicas de un modelo de seguimiento conjunto a pacientes mayores de 65 años, ingresados por fractura de cadera, en un hospital de tercer nivel.

#### MATERIAL Y MÉTODO

Estudio de cohortes retrospectivas: pacientes mayores de 65 años hospitalizados por fractura de cadera en enero/2005 – agosto/2006 (cohorte histórica HIST), sin seguimiento reglado por internistas; y enero/2008 – agosto/2010 (cohorte de seguimiento conjunto COFRAC), en la que se hizo una valoración diaria por internistas, desde el ingreso en planta hasta el alta, con un protocolo de conciliación terapéutica, prevención y tratamiento de complicaciones médicas. Análisis comparativo entre cohortes de características demográficas, clínicas y quirúrgicas, e incidencia de complicaciones médicas.

#### RESULTADOS

Se incluyeron 685 pacientes (482 HIST, 203 COFRAC). No hubo diferencias significativas en: edad ( $82'5 \pm 6'9$  vs  $82'3 \pm 7'5$  años), género (mujer 78'1 vs 77'4 %), presencia de cuidador (69'2 vs 65'1 %), consultas en urgencias ( $0'48 \pm 1'42$  vs  $0'54 \pm 1'12$ ) o ingresos hospitalarios ( $0'10 \pm 0'36$  vs  $0'13 \pm 0'36$ ) en el año previo, proporción de no intervenidos (2'1 vs 1'7 %), tiempo hasta cirugía ( $3'01 \pm 2'85$  vs  $2'93 \pm 2'28$  días), tipo de anestesia (raquídea 98'5 vs 96'9 %) e intervención (tornillos 7'5 vs 9'3 %, clavos endomedulares 52'6 vs 58'4 %, prótesis 39'9 vs 32'3 %), estancia hospitalaria ( $9'5 \pm 4'4$  vs  $9'4 \pm 7'9$  días) o movilidad indicada al alta (cama-sillón 55'7 vs 50 %, andador 40'2 vs 44'4 %). Hubo mayor identificación de pacientes pluripatológicos (16'8 vs 24'4 %,  $p=0'02$ ), entre cuyas categorías hubo más pacientes con patología neurológica que tuvieran déficit motor (3'5 vs 8'8 %,  $p<0'01$ ) o deterioro cognitivo (14'1 vs 21'8 %,  $p<0'01$ ), sin que hubiera diferencias en el resto. Respecto a otras patologías, se reconocieron más arritmias distintas de la fibrilación auricular (1'7 vs 4'6 %,  $p=0'02$ ), patologías digestivas (9'5 vs 15'2 %,  $p=0'01$ ), neurológicas (29'3 vs 35 %,  $p=0'04$ ) y osteoporosis (3'9 vs 7'6 %,  $p=0'03$ ). Se cuantificaron más fármacos en el tratamiento habitual ( $3'7 \pm 2'5$  vs  $4'3 \pm 3'2$ ,  $p=0'01$ ), por grupos individuales sólo se reconocieron más HBPM (0 vs 1'4 %,  $p=0'01$ ) En cuanto a las complicaciones, hubo una tendencia a una mayor identificación de delirium (15'6 vs 20'9 %,  $p=0'07$ ) y disminución de cuadros de hipomotilidad intestinal (80'3 vs 47'7 %,  $p<0'01$ ; en este sentido hubo un mayor uso de opiáceos 17'6 vs 33'8 % con menor proporción de su empleo perfusión continua 47'8 vs 4 %, sin que cambiara la incidencia de patologías cardio-respiratorias descompensadas: insuficiencia cardíaca 3'5 vs 5'1 %, angina 2'7 vs 0'9 %, EPOC 2'1 vs 3 %, infección respiratoria 1'7 vs 2'6 %). Fue mayor el control de anemización (83'3 vs 97'1 %,  $p<0'01$ ; con transfusión entre los valorados 26'7 vs 37'7 %,  $p<0'01$ ) y de función renal (34'5 vs 97'3 %,  $p<0'01$ ; con fracaso renal entre los valorados 36'8 vs 31'2 %,  $p=0'21$ ); en este sentido fue menor el uso de AINE (45'9 vs 19'7 %,  $p<0'01$ ) y mayor el uso de sueroterapia (54'5 vs 65'3 %,  $p=0'04$ ).

#### CONCLUSIONES

El seguimiento conjunto internistas-traumatólogos en el manejo de pacientes con fractura de cadera permite un mejor conocimiento de la situación previa del paciente (especialmente en la identificación de pacientes pluripatológicos o en el conocimiento del tratamiento previo) y un mayor control de complicaciones (siendo éste mayor en la presentación de delirium, íleo adinámico, fracaso renal o anemización, y menor en la aparición de descompensaciones cardíacas o respiratorias).

**O-2 DESENLACES EN PACIENTES CON FRACTURA DE CADERA. IMPACTO DEL SEGUIMIENTO CONJUNTO INTERNISTA-TRAUMATÓLOGO**

M. Rincón Gómez, M. García Gutiérrez, M. Bernabeu Wittel, R. Parra Alcaraz, F. Galindo Ocaña, M. Martín Sanz, M. González Rodríguez, M. Ollero Baturone  
*Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Virgen del Rocío. Sevilla*

**OBJETIVOS**

Valorar el impacto en desenlaces de relevancia clínica de un modelo de seguimiento conjunto a pacientes mayores de 65 años, ingresados por fractura de cadera, en un hospital de tercer nivel.

**MATERIAL Y MÉTODO**

Estudio de cohortes retrospectivas: pacientes mayores de 65 años hospitalizados por fractura de cadera en enero/2005 – agosto/2006 (cohorte histórica HIST), sin seguimiento reglado por internistas; y enero/2008 – agosto/2010 (cohorte de seguimiento conjunto COFRAC), en la que se hizo una valoración diaria por internistas, desde el ingreso en planta hasta el alta, con un protocolo de conciliación terapéutica, prevención y tratamiento de complicaciones médicas. Análisis comparativo entre cohortes de mortalidad durante ingreso; y consulta en urgencias, reingreso y mortalidad a los 30 días del alta. Se realizó además un análisis multivariante de la mortalidad intrahospitalaria por regresión logística paso a paso hacia atrás.

**RESULTADOS**

Se incluyeron 685 pacientes (482 HIST, 203 COFRAC). La mortalidad intrahospitalaria fue significativamente menor en la cohorte con seguimiento conjunto (4'6 vs 1'3 %,  $p=0'02$ ). A los 30 días la consulta en urgencias (7'5 vs 12'6 %), reingreso (3'3 vs 2'8 %) o mortalidad (3'1 vs 2'8 %) no tuvieron diferencias significativas. En el análisis multivariante fue predictor de mortalidad intrahospitalaria el pertenecer al grupo sin seguimiento conjunto, junto a la presencia de insuficiencia renal crónica y no haber sido intervenido.

**CONCLUSIONES**

El seguimiento conjunto internistas-traumatólogos en el manejo de pacientes con fractura de cadera permite una disminución de la mortalidad durante el ingreso. Posiblemente otras intervenciones conjuntas posteriores podrían mantener esta tendencia tras el alta, disminuyendo fallecimiento precoz tras la misma y reingreso.

## Enfermedad Tromboembólica (T)

### T-1 CÁLCULO DEL RIESGO DE ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA (ETV) Y TROMBOPROFILAXIS PRESCRITA (GUÍA PRETEMED-2007), EN PACIENTES MÉDICOS HOSPITALIZADOS. ESTUDIO PRETEMED: RESULTADOS PRELIMINARES

F. Ruiz Ruiz<sup>1</sup>, P. Rodríguez Torres<sup>1</sup>, R. Izquierdo<sup>2</sup>, A. Calzada Valle<sup>1</sup>, F. Medrano Ortega<sup>1</sup>, I. Marín León<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Medicina Familiar y Comunitaria. Complejo Hospitalario Virgen del Rocío. Sevilla

#### OBJETIVOS

La enfermedad tromboembólica venosa (ETV) representa un importante problema de salud pública, siendo la causa de muerte evitable más frecuente a nivel hospitalario. Los pacientes hospitalizados constituyen una población de riesgo para ETV. Se ha demostrado que la profilaxis con heparina de bajo peso molecular (HBPM) permite disminuir su incidencia y mortalidad. La guía de práctica clínica PRETEMED (1) permite calcular el riesgo de ETV en función de una serie de factores de riesgo que suelen concurrir en este subgrupo de pacientes. Los OBJETIVOS del presente estudio fueron: (I) calcular el riesgo de ETV al ingreso en pacientes hospitalizados por patología médica en Andalucía, (II) valorar la adecuación de la tromboprofilaxis con HBPM, en función de la recomendación PRETEMED asociada al riesgo.

#### MATERIAL Y MÉTODO

Se trata de un estudio multicéntrico observacional de ámbito regional (febrero-octubre 2010), a cargo de los servicios de medicina interna de la red de centros hospitalarios andaluces que aceptaron su inclusión para la participación en el estudio. Criterios de inclusión: (I) Pacientes médicos hospitalizados en el servicio de medicina interna de los hospitales participantes y que son dados de alta (o éxitus) en el mismo servicio, (II) edad igual o superior a 18 años, (III) aceptar el consentimiento informado para participar en el estudio. Criterios de exclusión: (I) Anticoagulación crónica previo al ingreso, (II) hipersensibilidad a las HBPM, (III) antecedente personal de trombocitopenia inducida por heparina, (IV) hemorragia activa o digestiva alta en los últimos 3 meses, (V) trastorno grave de la función hepática (Child B), (VI) trastornos de la coagulación conocidos con riesgo hemorrágico (previo al ingreso TPTA > 60 seg ó INR > 1,5), (VII) presencia de TVP como motivo del ingreso. A los pacientes se les realizó una evaluación del riesgo de EVP mediante la escala PRETEMED, que clasifica según puntuación en <3 No riesgo; 4: riesgo medio; > 4 riesgo alto.

#### RESULTADOS

Se incluyeron 293 pacientes (57,8% hombres, edad media 69,4 +/- 15,4 años, rango 18-97 años). Con respecto al riesgo de ETV se obtuvieron los siguientes resultados: 28 pacientes con RA=3, de los cuales 26 (92,9%) recibieron tratamiento con HBPM mientras que 2 (7,1%), no lo recibieron; 24 pacientes con RA=4, de los cuales 20 (83,3%) recibieron tratamiento con HBPM mientras que 4 (16,7%) no lo recibieron y 138 pacientes con RA>4, de los cuales casi la totalidad, concretamente 133 (96,4%) recibieron tratamiento con HBPM mientras que 5 (3,6%), no lo recibieron.

#### CONCLUSIONES

Los resultados del presente estudio muestran que en pacientes médicos hospitalizados con riesgo de ETV se utiliza prácticamente de forma rutinaria profilaxis con HBPM, aunque también se observa un sobreuso importante de esta medida en pacientes con riesgo ajustado menor. Concluimos pues, que el uso de una escala específica de riesgo ETV como la PRETEMED mejoraría la utilización de tromboprofilaxis en este grupo de pacientes.

**T-2 ESTUDIO MULTICÉNTRICO ESPAÑOL DE FACTORES DE RIESGO Y PROFILAXIS DE ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA EN PACIENTES MÉDICOS AMBULATORIOS**

P. Rodríguez Torres, F. Ruiz Ruiz, M. Calero Bernal, A. Calzada Valle, E. Pereira Díaz, M. Martínez Rísquez, F. Medrano Ortega, I. Marín León  
*Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Virgen del Rocío. Sevilla*

**OBJETIVOS**

La enfermedad tromboembólica venosa (ETV) representa un importante problema de salud por su incidencia y morbi-mortalidad, habiéndose demostrado que el tratamiento con heparina de bajo peso molecular disminuye su impacto en pacientes hospitalizados. La guía de profilaxis de la ETV PRETEMED permite identificar a los pacientes médicos de alto riesgo. La información sobre el riesgo de ETV y utilización de tromboprofilaxis en atención primaria (AP) es muy escasa. El OBJETIVO de este estudio es analizar las características clínicas y el uso de medidas profilácticas de los pacientes médicos de AP en riesgo de ETV en nuestro país según las recomendaciones de PRETEMED-2007.

**MATERIAL Y MÉTODO**

Estudio transversal realizado entre julio y diciembre de 2009 en 149 Centros de AP del Sistema Nacional de Salud seleccionados por representatividad del área sanitaria. En cada Centro se incluyen los primeros 5-10 pacientes consecutivos que cumplan los criterios: edad >18 años, consentimiento informado, presencia de factores precipitantes de ETV. Se realizó una evaluación mediante encuesta estandarizada de factores de riesgo de ETV, riesgo ajustado de ETV, uso y adecuación de tromboprofilaxis a PRETEMED.

**RESULTADOS**

Se incluyeron 1318 pacientes de los que el 45% eran hombres y edad media  $65,5 \pm 17$  años. Los factores de riesgo (FR) asociados a ETV, su peso ajustado según PRETEMED y los FR de hemorragia en la población estudiada se muestran en la tabla. El 91.5% de los pacientes tenía 4 o más puntos en la escala PRETEMED, umbral a partir del cual en la guía se recomienda profilaxis farmacológica. Se realizó profilaxis antitrombótica con medidas farmacológicas en el 87.4%, y con medidas físicas en el 75.6%. La adecuación de indicaciones a PRETEMED-07 fue del 89,4% (sobreuso 5,4%, infrauso 5,2%).

**CONCLUSIONES**

1.- En España el perfil clínico de los pacientes médicos ambulatorios en riesgo de ETV es similar al observado en el medio hospitalario, salvo por la mayor proporción de traumatismos no quirúrgicos de miembros inferiores. 2.- En nuestro país la adecuación de la tromboprofilaxis de ETV en este grupo de población entre los médicos de atención primaria es globalmente elevada. 3.- Más del 25% de los pacientes evaluados presenta factores de riesgo de hemorragia, por lo que es necesario optimizar las indicaciones de tromboprofilaxis en este segmento de población.

Tabla. Factores de riesgo. \*El peso ajustado según PRETEMED se expresa entre paréntesis (T-2)

| Factores de riesgo                                  | n   | %     | Factores de riesgo   | n   | %     |
|---|-----|-------|--|-----|-------|
| <b>Factores desencadenantes</b>                     |     |       | <b>Uso de fármacos</b>   |     |       |
| Traumatismo en miembros inferiores sin cirugía (3)  | 449 | 34,1% | Antidepresivos (1)   | 312 | 23,7% |
| Infección aguda grave (2)                           | 222 | 16,8% | Neurolépticos (1)  | 67  | 5,1%  |
| Exacerbación grave de EPOC (3)                      | 178 | 13,5% | <b>Otros factores</b>  |     |       |
| Insuficiencia cardíaca congestiva descompensada (2) | 176 | 13,4% | Edad mayor de 60 años (1)  | 919 | 69,2% |
| <b>Factores asociados a enfermedad médica</b>       |     |       | Encadenamiento mayor de 4 días (2)   | 609 | 46,2% |
| Diabetes Mellitus (1)                               | 364 | 27,6% | Obesidad (1)   | 531 | 40,3% |
| Historia de ETV profunda (2)                        | 241 | 18,3% | <b>Factores de riesgo de hemorragia</b>                                    |     |       |
|   |     |       | Tratamiento con antiagregantes plaquetarios u otros fármacos gastrolesivos | 322 | 21%   |
|   |     |       | HTA no controlada  | 210 | 13,8% |
|   |     |       | Hemorragia visceral reciente   | 62  | 4,1%  |

## Varios (V)

### V-1 ¿QUÉ HAY DETRÁS DEL SÍNDROME CONSTITUCIONAL COMO MOTIVO DE DERIVACIÓN A UNA CONSULTA DE MEDICINA INTERNA?

R. Yeste Martín, L. Muñoz Fernández, I. Mercado, F. Báñez

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

#### OBJETIVOS

Introducción: el síndrome constitucional lo conforma la tríada clásica de astenia, anorexia y adelgazamiento involuntario. Su importancia radica en que se asocia con un incremento de la morbimortalidad. Existen tres causas principales de esta entidad: orgánica (incluyendo cáncer), psiquiátrica e idiopática. No existe evidencia científica sobre el correcto abordaje diagnóstico de este síndrome ni estudios que aborden y valoren las pruebas que tienen mayor rentabilidad. Objetivo: analizar las características de los pacientes derivados a consulta de Medicina Interna por síndrome constitucional, así como su diagnóstico final.

#### MATERIAL Y MÉTODO

Pacientes y métodos: durante 5 meses recopilamos 42 pacientes derivados a consulta de Medicina Interna por síndrome constitucional. Recogemos datos como edad, sexo, antecedentes personales, motivo de consulta, procedencia, pruebas solicitadas, diagnóstico final, seguimiento y destino de los mismos. Las pruebas solicitadas por sistema en estos pacientes fueron: analítica, incluyendo hemograma, bioquímica, cortisol, TSH, vitamina B12, ácido fólico, VSG, PCR, marcadores tumorales y proteinograma; radiografía de tórax y ecografía abdominal. Además, si existió algún síntoma que orientara a la implicación de un órgano en concreto, se realizaron pruebas más dirigidas.

#### RESULTADOS

Resultados: encontramos que 42 pacientes acudieron a nuestra consulta de Medicina Interna por síndrome constitucional en 5 meses; la edad media fue de 63,7 años, la distribución por sexo hombres 35,7% y mujeres 64,3%; el motivo de consulta fue astenia y/o anorexia y/o pérdida de peso (cuantificada en el 78% de los casos, siendo igual o más del 5% del peso corporal). La procedencia de la derivación de los pacientes fue del 54,7% por su médico de atención primaria, 16,6% Urgencias, 7,1% Reumatología, 4,7% Ginecología, 4,7% Rehabilitación, 2,3% Urología, 2,3% Neurología, 2,3% Cardiología, 2,3% Cirugía General y 2,3% Digestivo. Los diagnósticos finales fueron: patología orgánica no neoplásica/alteración de las pruebas complementarias 35,7%, patología neoplásica 9,5%, síndrome depresivo 7,1%, etiología idiopática o no evidencia de patología orgánica que justifique la sintomatología 47,6%. Los destinos de los pacientes fueron, en el caso de patología orgánica no neoplásica, revisión en la consulta de Medicina Interna en 3-4 meses; en las 4 neoplasias diagnosticadas se procedió al ingreso hospitalario; en los casos de alteraciones psiquiátricas se revisaron en consulta de Medicina Interna o Atención Primaria y en donde no había evidencia de patología orgánica se remitieron en la mayoría de los casos a seguimiento por su médico de atención primaria, salvo en el 35% que se derivaron a revisión por Medicina Interna por espera o realización de otras pruebas complementarias.

#### CONCLUSIONES

Conclusiones: - El perfil de los pacientes que acuden a consulta de Medicina Interna por síndrome constitucional son mujeres en mayor porcentaje, con una edad media de 64 años, procedentes sobre todo de atención primaria.- En algo menos de la mitad de los casos no se encuentra patología orgánica que justifique el síndrome constitucional.- Encontramos un 9,5% de patología neoplásica, lo cual coincide con otras series.- En nuestro estudio encontramos patología psiquiátrica tan solo en el 7,1%, lo cual difiere de otras series analizadas. -El síndrome constitucional es una de las entidades menos documentadas en la bibliografía científica por lo que no existe evidencia científica sobre el correcto abordaje diagnóstico y sería recomendable la realización de más estudios que aborden esta entidad.

#### BIBLIOGRAFÍA

- Hernández JL, Matorras P, Riancho JA, González-Macías J. Involuntary weight loss without specific symptoms: a clinical prediction score for malignant neoplasm. *QJM*. 2003;96 (9):649-655.
- Matía Cubillo AC. Pérdida de peso involuntaria. *AMF* 2011;7(6):330-334.

## V-2 ELABORACIÓN DEL MAPA DE RIESGOS DE UNA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE MEDICINA INTERNA

A. Navarro Rodríguez, J. Ternero Vega, M. García Gutiérrez, J. Vida Blanca, V. Alfaro Lara, M. Martín Barrera, M. Ollero Baturone, T. Cano Rodríguez

*Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Virgen del Rocío. Sevilla*

### OBJETIVOS

El Mapa de Riesgos (MR) persigue una serie de objetivos generales como mejorar la calidad de la asistencia, proporcionando atención y cuidados seguros a los pacientes, a fin de cumplir con la misión y objetivos institucionales y otros objetivos específicos como la identificación de los problemas en las distintas áreas asistenciales, valorar el nivel de los riesgos identificados, medir la probabilidad de que ocurran, priorizar los puntos críticos y diseñar estrategias de prevención.

### MATERIAL Y MÉTODO

Para su diseño, UCAMI empleó la metodología recomendada por la guía de la comisión de seguridad del hospital, que registra una serie de etapas como la Fase cognoscitiva, en la que hicimos un análisis, recopilando la información disponible sobre el entorno físico, perfil de profesionales y pacientes, así como de las actividades y cartera de servicios de nuestra Unidad. Fase analítica, en la que se definieron cuáles de los riesgos teóricos identificados eran más relevantes, para planificar las medidas de prevención. Las herramientas metodológicas aplicadas fueron Análisis de Modo de Fallos y sus Efectos (AMFE) y Análisis Causa-Raíz (ACR). Fase de intervención, en la que se aplicaron las medidas correctoras recomendadas al realizar el análisis de los diferentes eventos adversos (EA). Fase de evaluación, en la que se verifican periódicamente los resultados de la intervención respecto a los objetivos programados.

### RESULTADOS

Realizamos AMFE de los EA que consideramos prioritarios, efectuando la ponderación del riesgo en función de los índices de gravedad, ocurrencia y detección. A continuación priorizamos los mencionados riesgos en base al número de probabilidad de riesgo (NPR), resultando con mayor puntuación: 1º) Detección inadecuada del riesgo de caídas (567), 2º) Errores durante la traslación de pacientes (504), 3º) Fallos en la prevención de úlceras por presión (378), 4º) Fallos en la identificación de pacientes (252) y 5º) Riesgos de infección nosocomial (243). Igualmente se han considerado EA trascendentes los errores de medicación, tanto por su elevada incidencia (1069 en la transcripción y 965 en la dispensación notificados en los 2 últimos años, que supone casi el 80% del total del Hospital) como por el potencial perjuicio para el paciente. Hicimos además un análisis pormenorizado de todas las facetas de la medicación que resultaron también con NPR elevados: 1º) Errores en la prescripción (108), 2º) Transcripción (54), 3º) Conservación (162), 4º) Preparación (189) y 5º) Administración (147). También realizamos un ACR de la caducidad de medicamentos del stock de la UGC, que ha servido de punto de partida para revisiones trimestrales que efectuamos a modo de auditoría interna.

### CONCLUSIONES

El MR es un instrumento informativo, útil y dinámico y una herramienta decisiva en la gestión del riesgo al profundizar en el conocimiento de los EA más habituales, indicando aquellos sobre los que es más necesario aplicar medidas correctoras y planes de intervención preventiva. Nuestros resultados coinciden con los de otros estudios, que señalan a los errores de medicación, riesgos derivados de procedimientos instrumentales e infecciones nosocomiales como EA prevalentes en los pacientes de medicina interna. Sin embargo, por delante de ellos hemos priorizado la detección inadecuada del riesgo de caídas y fallos en la traslación e identificación de pacientes, que resultaron con un NPR más elevado.

**V-3 PREVALENCIA DE DESNUTRICIÓN EN MEDICINA INTERNA**

F. Flores Álvarez, F. Deodati, M. González Suárez, E. Jiménez Rodríguez, J. García-García  
*Servicio de Medicina Interna. Hospital Nuestra Señora de Valme. Sevilla*

**MATERIAL Y MÉTODO**

Estudio descriptivo transversal en el que se incluyeron a los pacientes con una edad mayor o igual a 65 años que ingresaron en el servicio de Medicina Interna de un hospital de agudos entre Noviembre y Diciembre de 2013. A todos ellos se les realizó una valoración nutricional en las primeras 48 horas que incluía: a) un cuestionario nutricional de cribado, como es el Mini Nutritional Assessment (MNA); b) medidas antropométricas (índice de masa corporal -IMC-, medición de pliegues subescapular y tricipital, circunferencias braquial y de pantorrilla) y, c) determinaciones analíticas complementarias (albúmina, prealbúmina, transferrina, colesterol, linfocitos). También se recogieron la comorbilidad (índice de Charlson) y la dependencia funcional (escala de Barthel) de los individuos.

**RESULTADOS**

Se incluyeron un total de 164 pacientes. La edad mediana (rango intercuartílico) fue de 79 (74-84) años. Según el MNA, se detectaron 43 (28%) pacientes malnutridos y 66 (40%) en riesgo de desnutrición. Quince (9%) y 92 (56%) de los sujetos tenían un IMC <22 y >29, respectivamente. Ninguno de ellos portaba sonda para alimentación al ingreso. Ochenta y tres (51%) individuos tenían una dependencia severa o total, y 118 (72%) tenían >2 puntos en el índice de Charlson.

**DISCUSIÓN**

La desnutrición es un problema que puede agravar el pronóstico de los pacientes ingresados. Sin embargo, la valoración nutricional no es una práctica rutinaria que se realice en estos sujetos. Existen parámetros validados sencillos para el cribado nutricional que pudieran aplicarse en nuestros pacientes hospitalizados.

**CONCLUSIONES**

Existe una elevada prevalencia de malnutrición y en riesgo de desnutrición entre los pacientes que ingresan en el servicio de Medicina Interna de un hospital de agudos. Una gran proporción de esta población tiene una elevada comorbilidad y una alta dependencia funcional asociada.

**BIBLIOGRAFÍA**

- Álvarez-Hernández J, Planas-Vila M, León-Sanz M, et al. Prevalence and costs of Malnutrition in Hospitalized patients: the PREDyCES. *Nutr Hosp* 2012; 27: 1049-59.
- Sánchez-Muñoz LA, Calvo-Reyes MC, Majo-Carbajo Y, et al. Cribado nutricional con mini nutritional assessment (MNA) en medicina interna. Ventajas e inconvenientes. *Rev Clin Esp* 2010; 210: 429-37.



## V-4 EL CONSUMO DE LÁCTEOS Y EL CÁNCER CUTÁNEO NO MELANOMA

E. Alarcón Manoja<sup>1</sup>, M. Linares Barrios<sup>2</sup>, J. González Fernández<sup>2</sup>, A. Martínez Rodríguez<sup>2</sup>, J. Bianchi Llave<sup>1</sup>

<sup>1</sup>UGC Medicina Interna. Área de Gestión Sanitaria Campo de Gibraltar. Algeciras (Cádiz) <sup>2</sup>UGC Dermatología. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz

### OBJETIVOS

El cáncer cutáneo no melanoma (CCNM) es un problema de salud creciente debido a la gran incidencia registrada en los últimos años. La mayoría del CCNM tiene un pronóstico excelente, sin embargo, hay un grupo de pacientes con tumores de alto riesgo que es necesario reconocer para aplicar un tratamiento adecuado, debido a que están asociados a un peor pronóstico. Aunque la exposición a la luz ultravioleta (UV) es considerada una de las principales causas del desarrollo de CCNM, hay evidencias experimentales que refieren que el daño UV de la piel puede ser modificado por factores dietéticos, de ahí la decisión de realizar este estudio sobre lácteos y CCNM, con el objeto de realizar una correcta prevención primaria y secundaria. La alimentación como factor de riesgo de CCNM ha sido investigada durante muchos años, pero sus resultados no han sido revisados de forma sistemática, y se han establecido escasas relaciones estadísticamente significativas en los estudios realizados.

### MATERIAL Y MÉTODO

Estudio de casos y controles en pacientes diagnosticados de CCNM, utilizando un cuestionario validado empleado por el servicio de Endocrinología y Nutrición del Hospital Universitario Puerta del Mar (HUPM), de fácil reproducibilidad y validez. Se incluyeron en el estudio, aquellos pacientes diagnosticados de CCNM en el Servicio de Dermatología del HUPM, durante el periodo 2002-2008, que cumplieran los siguientes criterios de inclusión: haber sido diagnosticados de CCNM con confirmación histológica y haber firmado el consentimiento informado de participación en el estudio. Se consideraron criterios de exclusión la ausencia de estudio anatomopatológico, o la detección de lesiones cutáneas compatibles con CCNM o Melanoma en la exploración de los pacientes del grupo control.

### RESULTADOS

De una muestra de 182 pacientes (91 casos y 91 controles), considerando la leche y el yogur como variables cuantitativas, se comparó la media de vasos de leche y unidades de yogures entre ambos grupos. En el grupo control, la media de vasos de leche a la semana fue de 5,5 [IC 95% 4,9-6,1, SD=2,672]; mientras que la media en el grupo de los casos fue de 6,2 [IC 95% 5,7-6,7, SD=2,429], que al no cumplirse el supuesto de normalidad para ambas distribuciones, se utilizó como test de verificación, la prueba no paramétrica Test de U de Mann-Whitney, que al ser  $p=0,012$ , pudimos establecer que existen diferencias estadísticamente significativas en la media de la variable leche a la semana de ambos grupos. Con respecto al yogur, la media de unidades de yogur a la semana en el grupo control es de 3,1 unidades [IC 95% 2,6-3,7, SD=2,638]; mientras que en el grupo de los casos, la media es de 4,5 [IC 95% 3,7-5,4, SD=4,075]. Utilizando la prueba no paramétrica Test de U de Mann-Whitney obtuvimos que existían también diferencias estadísticamente significativas ( $p=0,026$ ).

### CONCLUSIONES

Al igual que en estudios previos realizados tanto por Hughes en el 2006, como en el de Shapira en el 2010, hemos establecido en nuestra muestra poblacional una relación entre el consumo de leche y el desarrollo de CCNM; así como también entre la ingesta de yogur y el desarrollo de CCNM. El consumo de lácteos y el CCNM es un tema muy controvertido, motivo por el que se recomienda interpretar estos resultados con precaución y realizar estudios adicionales para confirmar dichos resultados.

### BIBLIOGRAFÍA

- Van der Pols, JC. et al. Food intake and risk of basal cell carcinoma in an 11-year prospective study of Australian adults. *European Journal of Clinical Nutrition*. 2011; 65: 39-46.

**V-5 ESTUDIO DESCRIPTIVO DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE LINFOMA ESPLÉNICO DE ZONA MARGINAL O DEL MANTO EN UN HOSPITAL DE ESPECIALIDADES**

M. Machado Vílchez<sup>1</sup>, A. Hidalgo Jiménez<sup>1</sup>, C. Díaz Pérez<sup>1</sup>, M. De Sousa Baena<sup>1</sup>, A. Ostos Ruiz<sup>1</sup>, G. Mariscal Vázquez<sup>1</sup>, S. Ramírez García<sup>2</sup>, B. Barón Franco<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Hematología. Complejo Hospitalario de Especialidades Juan Ramón Jiménez. Huelva

**OBJETIVOS**

Los linfomas no-Hodgkin tipo B con afectación esplénica son procesos poco frecuentes en nuestro medio, especialmente los linfomas esplénicos de zona marginal (LZM) y los linfomas del manto (LM), diagnosticados en muchas ocasiones tras la realización de una esplenectomía. Estudiamos las características epidemiológicas, clínicas y pronósticas de los pacientes diagnosticados de estos linfomas en nuestra área sanitaria.

**MATERIAL Y MÉTODO**

Revisión retrospectiva de los pacientes diagnosticados de linfoma de la zona marginal o del manto en nuestro hospital desde el año 2000. Se recogieron variables epidemiológicas, anatomopatológicas, clínicas y evolutivas en una hoja de recogida de datos diseñada para tal fin. Los datos fueron procesados con el programa estadístico SPSSv20.

**RESULTADOS**

Se encontraron un total de 35 pacientes, 54.3% fueron hombres (19 casos) con una edad media de 65 años; 15 casos de LM y 20 casos de LZM. La forma de presentación más común fueron las linfadenopatías (42,9%), siendo los síntomas B la segunda característica más frecuente seguido de las discrasias sanguíneas. El método diagnóstico más usado fue la biopsia de adenopatía (37,1%), seguida del estudio de sangre periférica (28,6%), biopsia de médula ósea (20%) y la esplenectomía (8,6%). El inmunofenotipo analizado fue CD19+ (37,1%) y CD 20+(31,4%) encontrando dos casos con CiclidinaD1+ perteneciente a la estirpe de LM. En seis pacientes se realizó esplenectomía, cuatro como tratamiento y dos como forma de diagnóstico. El tamaño del bazo a partir del cual se realizó esplenectomía fue 20 cm, pertenecientes al grupo de LZM. 24 pacientes recibieron quimioterapia, siendo 1 la media de ingresos hospitalarios. La asociación a otros tumores y enfermedades autoinmunes se observó en 3 y 5 casos respectivamente. La mediana de supervivencia fue de 36 meses. Fallecieron 11 pacientes, de los cuales 8 eran LM.

**DISCUSIÓN**

Los LZM esplénica son neoplasias de linfocitos pequeños que infiltran la pulpa blanca del bazo. Habitualmente, la médula ósea está afecta así como los ganglios linfáticos del hilio esplénico y con expresión en sangre periférica. Representan menos del 2% de todos los linfomas no Hodgkin. Se caracterizan por la presencia de una esplenomegalia palpable o detectable en los métodos de imagen, de gran tamaño pero generalmente asintomática. Actualmente la esplenectomía no es necesaria para el diagnóstico y puede tener complicaciones. Ha sido la primera línea clásica en los pacientes que necesitan tratamiento aunque la incorporación de nuevos fármacos antiCD20 la ha relegado a un segundo plano. Los LM representan el 7% de los linfomas no Hodgkin del adulto. Suelen tratarse de varones mayores con afectación multiorgánica. Puede haber síndrome constitucional, síntomas B, poliadenopatías periféricas, hepatoesplenomegalia y expresión leucémica con afectación de médula ósea hasta en un 60% de casos. El LM presenta un curso moderadamente agresivo con una mediana de supervivencia global de unos 36 meses.

**CONCLUSIONES**

1.- Los linfomas del manto y de zona marginal son entidades poco frecuentes pero que debemos tener en cuenta en el diagnóstico diferencial de las discrasias sanguíneas, linfadenopatías o síntomas B. 2.- La mayoría de los pacientes requieren técnicas invasivas (biopsias o cirugía) para llegar al diagnóstico. 3.- La mortalidad de los linfomas esplénicos analizados es alta.

**BIBLIOGRAFÍA**

- *Marginal zone cell lymphoma; an update on recent advances.* Maes B, De Wolf-Peeters C. *Histopathology.* 2002 Feb;40(2):117-26.

## PÓSTERS

### Diabetes (D)

#### D-2 EXPERIENCIA CON PACIENTES DIABÉTICOS

A. Hidalgo Jiménez<sup>1</sup>, M. Laínez López<sup>2</sup>, G. Mariscal Vázquez<sup>1</sup>, M. Sousa Baena<sup>1</sup>,  
M. Machado Vilchez<sup>1</sup>, A. Ostos Ruiz<sup>1</sup>, C. Díaz Pérez<sup>1</sup>, P. Rodríguez Ortega<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Endocrino y Nutrición. Complejo Hospitalario de Especialidades Juan Ramón Jiménez. Huelva

#### OBJETIVOS

Describir nuestra experiencia con pacientes tratados con Liraglutide y Exenatide. Evaluar la evolución del peso, IMC y Hb1Ac durante 1 año de tratamiento.

#### MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo de una cohorte de pacientes diabéticos tipo 2 a los que se inició tratamiento con Liraglutide y Exenatide en nuestra consulta de Endocrinología. Evaluación a los 3 meses y al año de disminución de la Hb1Ac y peso.

#### RESULTADOS

Se inició tratamiento con Liraglutide en 45 pacientes; 30 mujeres y 15 varones con 11,03 años de evolución de diabetes. Con peso medio al inicio de 103,79 Kg e IMC de 39,22 (obesos grado 2). Con mal control; la HbA1c fue de 8,57%. A la mayoría de los pacientes se les inició una dosis media de liraglutide de 1,2mg/día y progresivamente se aumentó la dosis a 1,8 mg/dl. Se les ha revisado a los 3 meses, 6 meses y al año. (TABLA 1). En el grupo de pacientes tratados con Exenatide iniciaron el tratamiento con dicho fármaco 69 pacientes, de los cuales 26 hombres y 43 mujeres, a los tres meses continuaban con tratamiento 60 pacientes, 9 abandonaron el tratamiento por intolerancia digestiva. Los resultados fueron los siguientes. (TABLA 2).

#### CONCLUSIONES

Liraglutide es un tratamiento eficaz con una pérdida de peso media de 7,76 kg y una reducción de HbA1c de 1,58% al año de seguimiento. En pacientes tratados con Exenatide existe una pérdida de peso de 8,33 kg y una reducción de HbA1c de 0.1%. A pesar de mayor pérdida de peso en pacientes tratados con Exenatide, respecto de Liraglutide los valores de HbA1c en éstos descienden hasta 1,5 puntos más que con Exenatide. \*En general, el descenso medio en los niveles de HbA1c alcanzado en los ensayos clínicos fase III AMIGO con Exenatida fue de aproximadamente el 1% con una reducción de peso mantenida en los siguientes datos de extensión. \*Liraglutide es un tratamiento eficaz en nuestros pacientes superando la bajada de peso de los estudios LEAD a los 6 meses (5 kg frente a 3 kg) y HbA1c ligeramente menor respecto a los estudios LEAD (1,09 % frente a 1,5%)

Tabla 1. Resultados generales (D-2)

| GENERAL | PESO (KG) | IMC   | HbA1c (%) |
|---------|-----------|-------|-----------|
| INICIO  | 103,79    | 39,22 | 8,57      |
| 3 MESES | 100,57    | 37,99 | 7,66      |
| 6 MESES | 98,77     | 37,67 | 7,48      |
| 1 AÑO   | 96,03     | 36,96 | 6,99      |

*Tabla 2. Resultados generales (D-2)*

| GENERAL | PESO (Kg) | IMC   | HbA1c (%) |
|---------|-----------|-------|-----------|
| Inicio  | 107,61    | 40,98 | 8,9       |
| 3 meses | 102,97    | 39,41 | 8,5       |
| 1 año   | 99,28     | 38,91 | 8,8       |

## Dolor y Cuidados paliativos (DP)

### **DP-1 BUPRENORFINA TRANSDÉRMICA COMO TRATAMIENTO DEL DOLOR CRÓNICO NO ONCOLÓGICO EN PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA**

J. Alegre Herrera, P. Martínez García, J. Pérez de León Serrano, J. Royo Aguado  
*UGC Medicina Interna. Complejo Hospitalario Regional Virgen Macarena. Sevilla*

#### **OBJETIVOS**

Estudiar la eficacia analgésica de Buprenorfina transdérmica en el dolor crónico no oncológico en pacientes pluripatológicos con insuficiencia renal crónica

#### **MATERIAL Y MÉTODO**

Pacientes con dolor crónico no oncológico (DCNO) atendidos en el Hospital de Día Médico del Hospital de San Lázaro que precisaban analgesia de tercer escalón y recibían por primera vez buprenorfina transdérmica. Se estudian las características del dolor, eficacia analgésica, efectos secundarios, dosis máxima y cumplimiento del tratamiento. Análisis descriptivo de los resultados.

#### **RESULTADOS**

Se han incluido un total de 38 pacientes. La media de edad de los pacientes es de 75 años. La media de filtrado glomerular fue de 47.5 ml/min y la mediana del índice de comorbilidad de Charlson de 3. Las características del DCNO, un 57.89% neuropático y un 42.11% somático. Un 63.16% de mujeres y un 36.84% de varones. La etiología del DCNO es de un 52.63% de origen artrósico y un 36.84% osteoporótico. El resto, postherpético, polineuropatía y tendinitis. La dosis de buprenorfina transdérmica y el cumplimiento del tratamiento se indican en las tablas I y II. La EVA al inicio era de media de 8.18 y al final de 2. Las dosis alcanzadas fueron de 35 microg/h un 63.16%; 52.5 un 21.95%; y 70 un 15.79%. Se alcanzó la dosis máxima a los 6.86 días. Un 52.63% de los pacientes no refirió ningún efecto adverso, y los que sí lo presentaron fueron vómitos un 18.42%, mareos un 15.79%, estreñimiento un 7.89% y confusión un 5.26%. Abandonaron el tratamiento un 15.79%. Los motivos de abandono: 2 confusión, 1 por vómitos, 1 por decisión propia y 1 por curación. Los efectos indeseables se presentaron en un 47.37% distribuidos en vómitos 18.42%, mareos 15.79%, estreñimiento 7.89%, y confusión 5.26%.

#### **DISCUSIÓN**

La buprenorfina se ha demostrado eficaz en el tratamiento del DCNO (Gordon et al, en 2010; Vadivelu et al, en 2008; Landau et al, en 2007). Los resultados encontrados muestran similitud con los referidos en estudios similares (Muriel et al en 2007) mostrando en el grupo de pacientes con edad superior a 65 años eficacia y, sobre todo, seguridad en situaciones de insuficiencia renal crónica. La eliminación biliar de la buprenorfina la hace más atractiva para este grupo de pacientes. Los pacientes polimedicados se benefician asimismo de la administración del analgésico opioide por vía transdérmica, que mejora el cumplimiento (Elalingan et al, en 2012). En cuanto a la aparición de efectos adversos, el inicio con menor dosis o bien distanciar la administración (de cada 72 horas a 4 días) permite mantener el tratamiento (Likar et al, en 2007).

#### **CONCLUSIONES**

La buprenorfina transdérmica se muestra una alternativa eficaz y segura en pacientes mayores, con alta comorbilidad e insuficiencia renal crónica para el tratamiento del dolor crónico no oncológico que precisa de tercer escalón para su control. Un adecuado seguimiento clínico permite reconocer los efectos adversos de forma precoz y suspender el tratamiento en caso de no ser tolerado por el paciente. La dosis de 35 microg / h es la más idónea para el tratamiento del dolor en este tipo de pacientes. Se precisan más estudios en relación con la analgesia de tercer escalón en los pacientes pluripatológicos, a menudo no incluidos en los estudios publicados.

**DP-2 POSIBILIDAD DE EMPLEO DE CLINDAMICINA COMO TERAPIA EMPÍRICA INICIAL EN EL TRATAMIENTO DE LAS INFECCIONES CUTÁNEAS POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS METICILIN RESISTENTE EN UN HOSPITAL DE CUIDADOS INTERMEDIOS Y PALIATIVOS**

R. García Jiménez<sup>1</sup>, F. Jódar Morente<sup>1</sup>, C. Ortega Armenteros<sup>2</sup>, J. Fernández<sup>1</sup>, F. Báñez<sup>1</sup>, M. Martín<sup>1</sup>, M. Castillo<sup>1</sup>, F. Molina<sup>1</sup>

*Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>cuidados Paliativos. Complejo Hospitalario de Jaén. Jaén*

**OBJETIVOS**

La aparición de cepas de staphylococcus aureus resistentes a meticilina es un reto creciente en nuestro tiempo. A la presencia de cepas intrahospitalarias y asociadas a instituciones geriátricas se añade la aparición cada vez más frecuente de cepas comunitarias en las que está descrito una mayor severidad y complicaciones en pacientes no inmunocomprometidos. El empleo de antibioterapia empírica en su manejo es fundamental. La posibilidad de empleo de regímenes alternativos distintos a glicopéptidos y oxazolidonas puede permitir reservarlos para situaciones de alta resistencia. Estos regímenes incluyen Clindamicina es un fármaco barato, con buena disponibilidad oral, y que en algunos estudios (Talan DA, Krishnadasn A, Gorwitz RJ, et al. Comparison of Staphylococcus aureus from skin and soft-tissue infections in US emergency department patients, 2004 and 2008. Clin Infect Dis 2011; 53:144-9) demostró actividad in vitro entre el 94-100% de las cepas identificadas. También se incluye el trimetropin-sulfametoxazol y la doxiciclina. Sin embargo, en algunas comunidades, se ha detectado unas mayores tasas de resistencia, haciendo que los clínicos deban estar al tanto de los patrones de resistencia local.

**MATERIAL Y MÉTODO**

Identificaciones positivas de Staphylococcus Aureus en muestras cutáneas durante los últimos 6 meses en nuestro medio. Última versión de software estadístico IBM SPSS. Suite ofimática Libreoffice 4.0.0 para edición de texto.

**RESULTADOS**

Se identificaron 112 cultivos de todas las procedencias. Del total, durante el período de vigilancia, se identifican 19 cepas de staphylococcus aureus resistentes a penicilina, de un total de 25 (76%). De estas cepas, 13 (59,1% del total) fueron a su vez también resistentes a clindamicina. De las cepas solo se testó doxiciclina en 1, siendo sensible, y a trimetropin-sulfametoxazol se halló un 36% de resistencia, con una sensibilidad de 64%. En cambio, tanto linezolid como vancomicina conservaron una sensibilidad del 100% sobre las muestras testadas. La daptomicina se testó sólo en 10 aislamientos, de los cuales 9 fueron sensibles.

**DISCUSIÓN**

Las características de los pacientes de un hospital de cuidados intermedios y paliativos hacen que la prevalencia de resistencias antibióticas sea alta. Encontrar regímenes terapéuticos que faciliten el cumplimiento y permitan tratamientos ambulatorios puede mejorar la calidad de vida de nuestros pacientes. En el caso de las infecciones cutáneas la alta tasa de resistencias a los antibióticos orales con sensibilidad anti-staphilocócica dificulta su empleo a priori, reclamando aún más la necesidad de la correcta identificación microbiológica.

**CONCLUSIONES**

-Alta tasa de Staphylococcus meticilin resistentes. -Los regímenes orales de clindamicina y trimetropin-sulfametoxazol no ofrecen suficientes garantías a priori para poder emplearse empíricamente en nuestros pacientes. -Doxiciclina no está suficientemente testado. -Daptomicina también se postula como alternativa. -Sólo el empleo de vancomicina o linezolid garantiza a priori una correcta cobertura antibiótica.

**BIBLIOGRAFÍA**

- Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene. Estudio de prevalencia de las infecciones nosocomiales en España. ESTUDIO EPINE-EPPS 2013 [Acceso 28 de Abril de 2014]; disponible en [hws.vhebron.net/epine](http://hws.vhebron.net/epine)

## DP-3 PECULIARIDADES DE UN HOSPITAL DE CUIDADOS PALIATIVOS Y LARGA ESTANCIA RESPECTO A LAS INFECCIONES POR CEPAS DE ENTEROCOCCUS

F. Jódar Morente, D. Manjón Rodríguez, C. García Redecillas, J. García Gómez, D. Almenara, A. Rodríguez, F. Molina

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

### OBJETIVOS

Los enterococos son un grupo de bacterias gram positivas con una gran capacidad de supervivencia. En el ámbito sanitario, suelen asociarse a endocarditis y a infecciones urinarias, sobre todo hospitalarias, donde suelen representar hasta el 20% de los hallazgos. La aparición de cepas resistentes a vancomicina dificulta aún más su tratamiento, limitando las opciones existentes. Vigilar sus perfiles de sensibilidad es necesario para poder adecuar nuestras pautas de actuación.

### MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo retrospectivo. Se analizaron 198 cultivos de cualquier localización extraídos entre los años 2012 y 2013 a pacientes ingresados en las unidades de larga estancia y paliativos del Complejo Hospitalario de Jaén y evaluación de la localización del hallazgo y sus perfiles de sensibilidad mediante software de estadística descriptiva IBM SPSS 22.0 y procesamiento y exposición de datos mediante Libreoffice 4.0.

### RESULTADOS

Número total de cultivos: 198. Número de aislamientos de Enterococcus de cualquier familia: 23. Prevalencia global: 11.6%. Se reparten en orina 47.8% y en escara un 52.2%. Número total de cultivos de orina: 57. Número total de cultivos cutáneos: 98. Número de aislamientos en orina: 11. (20%). Número de aislamientos cutáneos: 12.(12%). Sensibilidad a penicilina: 70%, a ampicilina 68%, a vancomicina 100%, teicoplanina 100%, estreptomina 50%, gentamicina 64%, linezolid 100%, ciprofloxacino 14%, norfloxacino 14%, fosfomicina 100%, nitrofurantoína 100%, colimicina 100%.

### DISCUSIÓN

-Afortunadamente, no hay resistencia a glicopéptidos en nuestro medio en el grupo enterococcus. -No son patógenos excesivamente frecuentes, cerca del 10% de aislamientos, pero afectan fundamentalmente a dos de las localizaciones que más morbilidad y complicaciones generan en los hospitales de larga estancia: piel 12% y orina 20%, concordando con otras series. -Afortunadamente conservamos una alta sensibilidad a fosfomicina, no pudiendo recomendarse el empleo de quinolonas en su tratamiento en la infección urinaria no complicada. -En la afectación cutánea, es preciso tener un antibiograma para ajustar su tratamiento, aunque dada la alta prevalencia de *S. aureus* meticilin resistente en nuestro medio, parece correcto un empleo empírico de glicopéptidos sobretodo si las condiciones clínicas lo requieren a la espera de los resultados de cultivos, garantizando así una cobertura correcta de ambas familias.

### CONCLUSIONES

-No hay resistencia a glicopéptidos en nuestro medio en el grupo enterococcus. -No son patógenos excesivamente frecuentes, cerca del 10% de aislamientos. -Suelen aparecer en cultivos urinarios y cutáneos. -Su elevado perfil de resistencias hace preciso orientar su tratamiento con antibiograma.

### BIBLIOGRAFÍA

- N. Gilbert, D; C. Moellering R, et al. *Guía Sandford de terapéutica antimicrobiana*. 42 Ed. Madrid. AWWWE S.L. 2012
- *Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene. Estudio de prevalencia de las infecciones nosocomiales en España. ESTUDIO EPINE-EPPS 2013 [Acceso 28 de Abril de 2014]; disponible en [hws.vhebron.net/epine](http://hws.vhebron.net/epine)*

**DP-4 PERFIL DE KLEBSIELLA PNEUMONIAE EN UN HOSPITAL DE CUIDADOS PALIATIVOS Y PLURIPATOLÓGICOS**

F. Jódar Morente, D. Manjón Rodríguez, J. García Gómez, C. García Redecillas, A. Rodríguez, D. Almenara, F. Molina Molina  
*Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario de Jaén. Jaén*

**OBJETIVOS**

Las infecciones por *Klebsiella Pneumoniae* son las de mayor repercusión clínica en nuestro medio. Generalmente suelen relacionarse con infecciones nosocomiales y afectar a pacientes inmunodeprimidos. Pueden, además, ser inductoras de betalactamasas de espectro extendido, dificultando además su tratamiento. En este estudio intentaremos tipificar el perfil de resistencias y las opciones de tratamiento propias de nuestro medio

**MATERIAL Y MÉTODO**

Estudio descriptivo retrospectivo 198 aislamientos microbiológicos solicitados por cualquier motivo durante los años 2012 y 2013, elegidos de forma aleatoria solicitados a pacientes ingresados en las unidades de Pluripatológicos y Larga Estancia y Cuidados Paliativos del Complejo Hospitalario de Jaén. Estadística descriptiva y software de soporte informático IBM SPSS 22 y software de procesamiento de datos Libreoffice 4.0.0.

**RESULTADOS**

Total de cultivos: 198. Número de aislamientos compatibles con *Klebsiella*.: 18. Sensibilidad: ampicilina 0%, amoxicilina-clavulánico 94%, piperacilina tazobactam 80 %, imipem 100%, aztreonam 94%, cefalotina 71%, cefoxitina 78%, cefuroxima 72%, ceftazidima 80%, cefotaxima 87%, cefepime 86%, tigeciclina 100%, gentamicina 87%, tobramicina 92%, amikacina 100%, trimetropim 83%, ciprofloxacino 94%, norfloxacino 86%, nalidixico 100%, fosfomicina 29%, nitrofurantoína 57%. Una cepa blee. Lugar de aislamiento: orina 44%, esputo 27,8%, cutánea 27,8%.

**DISCUSIÓN**

-En nuestro medio, la identificación de *Klebsiella* no es un hecho habitual, representado cifras cercanas al 10% de los patógenos encontrados. Otros elementos microbiológicos suponen un mayor reto en nuestra unidad. Presenta, sin embargo, unas características comunes: mayor prevalencia en localizaciones relacionadas con el tracto urinario y resistencia a fosfomicina como elemento más reseñable. En cambio, en nuestro medio, la resistencia a quinolonas de las cepas no es destacable, así como tampoco la presencia de cepas portadoras de betalactamasas, empero, es necesario continuar con la vigilancia para detectar, si aparecieran y adecuar nuestras terapias empíricas y de tratamiento. La identificación y el estudio de los perfiles de resistencias y su evolución parece una actitud coherente y lógica a seguir.

**CONCLUSIONES**

-La infección por *Klebsiella* presenta una baja prevalencia en nuestro medio. -No es habitual encontrar betalactamasas hasta el momento. -Su espectro de resistencias es significativamente diferente de los hallados en otras especies. -Las quinolonas continúan siendo una opción viable para su tratamiento en nuestro medio. -Es necesario mantener la vigilancia cercana sobre ella a fin de identificar posibles cambios en estos patrones.

**BIBLIOGRAFÍA**

- N. Gilbert, D; C. Moellering R, et al. *Guía Sandford de terapéutica antimicrobiana*. 42 Ed. Madrid. AWWA S.L. 2012
- Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene. *Estudio de prevalencia de las infecciones nosocomiales en España. ESTUDIO EPINE-EPPS 2013* [Acceso 28 de Abril de 2014]; disponible en [hws.vhebron.net/epine](http://hws.vhebron.net/epine)



## **DP-5 COORDINACIÓN ENTRE EL EQUIPO DE CUIDADOS PALIATIVOS, EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA Y LOS DISPOSITIVOS DE APOYO: ¿DISMINUYE LA FRECUENTACIÓN A URGENCIAS?**

J. Martínez Colmenero, B. Herrador Fuentes, S. Gómez Cano  
*Cuidados Paliativos. Hospital San Juan de la Cruz. Úbeda (Jaén)*

### **OBJETIVOS**

Conocer los resultados de la intervención conjunta del ESCP, el servicio de Medicina Interna y el servicio de urgencias en la atención de pacientes paliativos desde su derivación al ESCP.

### **MATERIAL Y MÉTODO**

Muestra formada por 101 pacientes fallecidos entre Enero del 2013 y Mayo del 2013. Se excluyeron aquellos pacientes que fueron derivados en situación de últimos días. La derivación fue hecha por el servicio de Medicina Interna, ORL, Urología, Hematología, Oncología y Equipos de Atención Primaria. Los pacientes con tumores de colon, recto, sigma., páncreas, vías biliares, hígado y gástricos se agruparon en un solo grupo de tumores digestivos. Dentro de enfermedades no oncológicas se trataron: ELA, EPOC, Demencias, Insuficiencia Cardíaca y Fibrosis pulmonar. Debemos de tener en cuenta que el ESCP atiende a la población del área Jaén Nordeste, aunque se desplaza físicamente solo a aquellos pacientes que viven en un radio no superior a 30 Km. Los pacientes habían sido derivados al ESCP y se habían incluido en proceso de Cuidados Paliativos.

### **RESULTADOS**

En el periodo entre Enero y Mayo del 2013 fallecieron 101 pacientes atendidos directamente por el ESCP. De ellos 18 fallecieron en el hospital, Hospital San Juan de la Cruz, Hospital Ciudad de Jaén y Hospital de Cristo Rey. Los 83 restantes en su domicilio. La media de supervivencia de estos pacientes desde que entraron en el proceso es de 153 días. La prevalencia de tumores en el grupo era la siguiente: Tumores digestivos 53 pacientes, Cáncer de mama 6 pacientes, Cáncer hematológicos 3 pacientes, Tumores cerebrales 5 paciente, Tumores hematológicos 3 pacientes, Cáncer de pulmón 25 pacientes, Cáncer urológicos 5 pacientes No oncológicos 10 pacientes El servicio de Medicina Interna es el servicio que más provee de pacientes al ESCP, seguido de oncología. Distribuido por sexos, 46 son mujeres y 55 hombres. Del grupo de pacientes, 52 pacientes recibieron visita directa domiciliaria del ESCP. Los 101 pacientes generaron 18 ingresos. Acudieron a urgencias 56 veces, 4 de ellos 4, 3 y 2 veces, el resto solo una vez.

### **DISCUSIÓN**

Desde el respeto a la autonomía del paciente en torno a la toma de decisiones en relación a su proceso de enfermedad, pretendemos dar calidad de vida, procurando que el paciente acuda las menos veces a urgencias y facilitando su tratamiento en su domicilio si así lo prefiere.

### **CONCLUSIONES**

La frecuentación a urgencias de los pacientes paliativos, teniendo en cuenta la complejidad de su situación, es mínima. Destaca el escaso número de ingresos de estos pacientes, coincidiendo con aquellos que han fallecido en el hospital, ya sea por decisión propia, por mal control de síntomas o por claudicación familiar. Enfermedades que causan gran impacto emocional en la familia y paciente, como es el caso de fibrosis pulmonar y cáncer de pulmón, son los pacientes que no han acudido a urgencias. La coordinación entre el ESCP, el servicio de Medicina Interna y los dispositivos de urgencias facilita que el paciente permanezca en su domicilio, lo que significa un aumento de su calidad de vida, facilitando una muerte digna y el gran ahorro que supone para las instituciones sanitarias.

### **BIBLIOGRAFÍA**

- Gómez- Batiste X, Porta J. Tuca A, Stjernsward J. *Organización de servicios y programas de cuidados paliativos*. Madrid: Aran ediciones, 2005

**Paciente Pluripatológico/ Edad Avanzada (EA)****EA-11 SOBREENFECCIONES EN ÚLCERAS CUTÁNEAS DE PACIENTES INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS Y LARGA ESTANCIA. ESTUDIO DESCRIPTIVO**

C. Ortega Armenteros<sup>2</sup>, F. Jódar Morente<sup>1</sup>, R. García Jiménez<sup>1</sup>, T. Sola<sup>2</sup>, J. Trujillo Pérez<sup>1</sup>, G. Gutiérrez Lara<sup>1</sup>, D. Carrillo Ortiz<sup>1</sup>, F. Molina Molina<sup>1</sup>

<sup>2</sup>Cuidados Paliativos, <sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario de Jaén. Jaén

**OBJETIVOS**

En un centro de cuidados intermedios, las características endémicas de nuestros pacientes incluyen largas estancias hospitalarias y encamamientos prolongados. A pesar de las medidas preventivas nutricionales, movilización y cuidados de enfermería, la aparición de lesiones cutáneas presenta un reto terapéutico. La sobreinfección de las mismas agrava de manera significativa la morbilidad de los pacientes, empeora su calidad de vida y dificulta su recuperación. Identificar los patógenos más comunes en esta patología supone una necesidad para los facultativos dedicados a su cuidado, ya que les permite elegir el tratamiento antibiótico de forma más eficiente.

**MATERIAL Y MÉTODO**

Se analizaron 56 frotis de muestras de lesiones cutáneas de los últimos 3 meses con resultado de cultivo positivo para cualquier etiología. Se utilizó software de análisis estadístico IBMSPSS en su última versión y software Libreoffice 4.0.1. para la exposición de los resultados.

**RESULTADOS**

De un total de 56 cultivos cutáneos: KLEBSIELLA 2 (3,6%), PSEUDOMONA 5 (8,9%), PROTEUS 9 (16,1%), ESCHERICHIA 11 (19,6%), STAPHYLOCOCCUS 12 (21,4%), BACTEROIDES 4 (7,1%), ACINETOBACTER 6 (10,7%), ENTEROCOCCUS 2 (3,6%), PROVIDENCIA 1 (1,8%), MORGANELLA 2 (3,6%), CORINEBACTERIUM 1 (1,8%), STREPTOCOCCUS 1 (1,8%).

**DISCUSIÓN**

La presencia de Staphilococcus aureus es la de mayor impacto en estos pacientes. Es, por tanto, necesario, profundizar en su estudio y ampliar la cobertura empírica inicial hacia los mismos en presencia de lesiones cutáneas sobreinfectadas. Tanto Escherichia Coli como Proteus cobran protagonismo también en este ámbito, aunque su conjunto no supera de forma significativa a Staphilococcus, quedando el resto de patógenos muy por detrás en nuestro estudio. Cabe destacar la elevada presencia de acinetobacter en nuestro medio, fruto de la continuidad de cuidados que se presta a pacientes provenientes de áreas hospitalarias de cuidados intensivos. Su vigilancia en pacientes provenientes de dicho medio se hace necesaria para evitar la extensión de sobreinfecciones y colonizaciones.

**CONCLUSIONES**

-En el tratamiento de infecciones cutáneas en nuestro centro, se debe tener en cuenta la posibilidad de sobreinfección por S. Aureus meticilin resistente. -Como segunda opción, destacar la presencia de Proteus y Escherichia coli. -LA presencia de acinetobacter en nuestro medio hace preciso tener un alto nivel de alerta en pacientes cuyas características clínicas y/o centro de origen lo hagan candidato a estar colonizado/infectado.

**BIBLIOGRAFÍA**

- N. Gilbert, D; C. Moellering R, et al. *Guía Sandford de terapéutica antimicrobiana*. 42 Ed. Madrid. AWWWE S.L. 2012
- Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene. *Estudio de prevalencia de las infecciones nosocomiales en España. ESTUDIO EPINE-EPPS 2013* [Acceso 28 de Abril de 2014]; disponible en [hws.vhebron.net/epine](http://hws.vhebron.net/epine)

## EA-12 APLICACIÓN DE LOS CRITERIOS RITOC (RISK INVASIVE TREATMENT IN OLDER WITH NSTEMACS): UNA PROPUESTA PARA ADECUAR LA TOMA DE DECISIONES EN LOS PACIENTES ANCIANOS CON SCASEST

I. Rivera Cabeo, Á. Jiménez Recio, R. Fernández Fernández, M. Pérez Medina, G. Millán García, M. Sánchez Montes, B. Álvarez Fernández, R. Gómez Huelgas

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Regional Universitario de Málaga. Málaga*

### OBJETIVOS

Crear unos criterios para poder establecer el plan de actuación que se debe llevar a cabo en el manejo terapéutico de los pacientes ancianos con SCASEST.

### MATERIAL Y MÉTODO

Tras la elaboración de los criterios RITOC hemos llevado a cabo un estudio prospectivo observacional, desarrollado en nuestro hospital durante 3 meses, cuya población incluye todos aquellos sujetos de edad  $\geq 65$  años que presentan SCASEST. En total se han recogido y analizado 174 variables.

### RESULTADOS

Se incluyeron un total de 125 pacientes. El 58,4% eran varones y el 41,6% mujeres, con una edad media de 75,05 años. 23 de ellos (18,4%) tenían menos de 2 puntos en los criterios RITOC; mientras que los 102 pacientes restantes (81,6%) presentaban una puntuación de 2 o más puntos. 55 pacientes (44%) recibieron tratamiento conservador, mientras que los 70 pacientes restantes (56%) recibieron tratamiento invasivo. De los 55 pacientes que han recibido tratamiento conservador, 21 de ellos tienen una puntuación RITOC excluyente, es decir, 2 puntos en un solo ítem ó 3 o más puntos en la suma de distintos ítems en la escala; y de los 70 pacientes que han recibido tratamiento invasivo, 10 de ellos presentan una puntuación RITOC excluyente.

### DISCUSIÓN

La toma de decisiones en el grupo de pacientes de mayor edad es un proceso complejo que debe basarse en la valoración integral del paciente como herramienta para ponderar la relación riesgo-beneficio del tratamiento.

### CONCLUSIONES

No todos nuestros pacientes están siendo tratados adecuadamente ya que 44 de ellos (35,2%) han recibido el tratamiento contrario al recomendado (34 de los 55 pacientes que han recibido tratamiento conservador deberían haber sido tratados de forma invasiva; y 10 de los pacientes tratados de forma invasiva deberían haber recibido tratamiento conservador). Por tanto el conocimiento y la aplicación de los criterios RITOC en nuestra práctica clínica diaria es una herramienta fundamental para ayudarnos en la toma de decisiones sobre el manejo terapéutico de los ancianos con SCASEST y así poder proporcionar a cada uno y de forma individual el tratamiento que más le beneficia.

Tabla. Criterios RITOC (EA-12)

|   |                        |
|---|------------------------|
| Hemorragia grave en los últimos 3 meses                   | 1 punto                |
| Trombocitopenia severa o trastorno grave de la hemostasia | 1                      |
| Insuficiencia de órgano previa                            | 1:moderada<br>2:severa |
| Insuficiencia cardiaca previa severa                      | 2                      |
| Enfermedad sistémica importante                           | 2                      |
| MDRD<30ml/min   | 1                      |
| Barthel<55  | 1                      |
| Deterioro cognitivo previo                                | 1:moderado<br>2:severo |

**EA-15 PRIMERO PREDECIR PARA PODER PREVENIR. VARIABLES PREDICTORAS DEL SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO**

C. García Redecillas, M. García Gómez, J. Trujillo Pérez, E. Gálvez Gálvez, F. Molina Molina  
*Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario de Jaén. Jaén*

**OBJETIVOS**

Determinar cuáles son las variables que predicen el síndrome confusional agudo en pacientes hospitalizados en Medicina Interna del Complejo Hospitalario de Jaén.

**MATERIAL Y MÉTODO**

Estudio de cohortes longitudinal prospectivo. En una cohorte se incluyeron a aquellos pacientes ingresados en nuestro servicio que presentaron un episodio de síndrome confusional agudo en el periodo Noviembre 2013-Marzo 2014, se comparó con otra cohorte de pacientes de similares características que no presentó dicho cuadro. Se recogieron las siguientes variables: situación funcional, social y cognitiva previa, motivo de ingreso (infección, patología neurológica, insuficiencia cardiaca, insuficiencia respiratoria, insuficiencia renal) otros motivos, factores predisponentes (demencia previa, deterioro funcional previo, utilización de restricciones antes del cuadro, enfermedad terminal, patología respiratoria, cardiaca, renal, hepática, hematológica, endocrina, oncológica previa, factores de riesgo cardiovascular, déficit sensorial visual o auditivo, hábitos tóxicos, antecedentes de ICTUS) intoxicación o privación y episodio confusional previo. Para el análisis bivariado de variables cualitativas se utilizó la prueba de Chi-cuadrado con corrección de Yates y Test de Fisher, Con el fin de conocer las variables que pueden predecir el cuadro confusional se realizó un modelo de regresión logística. El modelo resultante de la regresión es método de cálculo Pasos hacia delante de Wald.

**RESULTADOS**

Se comprueba que existen diferencias en el grupo que presentó síndrome confusional con respecto al grupo control para las variables: motivo de ingreso, episodio confusional previo, demencia previa, deterioro funcional previo y alteraciones auditivas. Los resultados de esta regresión indican que las principales variables que influyen de forma significativa en derivar el cuadro confusional son las variables: motivo de ingreso y demencia previa. Se comprueba que ambas son significativas en el modelo, analizando las Odds Ratio se obtiene que el motivo de ingreso favorece que el paciente tenga cuadro confusional OR = 19,198 (I.C. [2,194; 167,99]) y que presentar demencia previa, favorece que el paciente tenga cuadro confusional. OR= 84,637 (I.C. [6,12; 1170,31]).

**DISCUSIÓN**

A pesar de la trascendencia del delirium y sus consecuencias en pacientes, familiares, cuidadores y profesionales, en nuestro medio no existe un instrumento de medida de riesgo.

**CONCLUSIONES**

-Las variables que mejor predicen el síndrome confusional agudo en pacientes hospitalizados son la presencia de motivo de ingreso (infección, patología neurológica, insuficiencia cardiaca, insuficiencia respiratoria, insuficiencia renal) y la presencia de demencia previa. -Se observa que la fracción de pacientes que presentan cuadro confusional es 19,198 veces mayor en los que presentan estos motivos de ingreso con respecto a los que no los presentan; y que la fracción de pacientes que presentan cuadro confusional es 84,63 veces mayor en los que presentan demencia previa, que en los que no la presentan. Estas variables poseen un peso importante a la hora de cuantificar el riesgo de delirium. -Es indispensable cuestionarse la viabilidad de construir una herramienta predictiva de delirium, específica de nuestro medio, y así poder realizar una estrategia preventiva específica en aquellos pacientes que presentan mayor riesgo de presentar el cuadro confusional.

**BIBLIOGRAFÍA**

- Perelló C. Valoración del riesgo de delirium en pacientes mayores hospitalizados. *Rev Esp geriatr Gerontol.* 2010; 45:285-290.

### **EA-16 FRAGILIDAD EN EL PACIENTE ANCIANO: CAÍDAS COMO PREDICTOR DEL DETERIORO FUNCIONAL**

M. Martínez Soriano, S. Domingo Roa, M. Esteban Moreno, C. Maldonado Úbeda, C. Martínez, P. Hidalgo, F. Laynez Bretones, L. Díez-García

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

#### **OBJETIVOS**

Las caídas representan uno de los problemas más importantes del paciente anciano y son una de las principales causas de lesiones, deterioro funcional y mortalidad en este grupo de población. En el ámbito de la urgencia hospitalaria nuestro deber es establecer la gravedad y repercusión de las mismas. Nuestro objetivo fue analizar, en una cohorte de pacientes que consultan a urgencias por caídas, los factores predisponentes así como la repercusión clínica de las mismas.

#### **MATERIAL Y MÉTODO**

Estudio observacional retrospectivo desde enero a junio de 2013 de pacientes mayores de 65 años que consultan por caída en el área de urgencias del hospital Torrecárdenas (Almería) mediante el análisis de historias clínicas del programa Diraya. Los datos se analizaron mediante el programa estadístico SSPS 19.0.

#### **RESULTADOS**

164 pacientes mayores de 65 años consultaron por caída, con una edad media de  $78 \pm 6$  años. 75 hombres (45%) y 89 mujeres (55%). El 78% (127 pacientes) procedían de residencia asistida y el 22% de la comunidad (37 pacientes). En el 2% (3 pacientes) se detectaron problemas de conducción cardiaca y en el 18% (29 pacientes) accidentes cerebro-vasculares como causa de la caída. Revisando el tratamiento farmacológico previo: el 90% (147 pacientes) se encontraban con benzodiazepinas y de ellos el 26% (42 pacientes) con 2 ó más fármacos hipnóticos. Precisarón ingreso hospitalario el 65% (106 pacientes). De ellos fallecieron 8 pacientes durante el ingreso (4.8%).

#### **CONCLUSIONES**

El riesgo de caída debe de ser evaluado por todo profesional sanitario que aborde al paciente anciano. En los servicios de urgencias nuestro deber es detectar la causa desencadenante, optimizar el tratamiento farmacológico y establecer los consejos al alta para evitar nuevas caídas. Con ello, evitaremos la pérdida de capacidad psíquica y física del paciente anciano.

**EA-17 DESARROLLO DE LOS CRITERIOS RITOC (RISK INVASIVE TREATMENT IN OLDER WITH NSTEMACS): UNA PROPUESTA PARA ADECUAR LA TOMA DE DECISIONES EN LOS PACIENTES ANCIANOS CON SCASEST**

I. Rivera Cabeo, A. Jiménez Recio, V. Vallejo Herrera, M. Vázquez Márquez, R. Mercado García, R. Pacheco Yepes, B. Álvarez Fernández, R. Gómez Huelgas

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Regional Universitario de Málaga. Málaga*

**OBJETIVOS**

El objetivo de nuestro trabajo es establecer unos criterios (criterios RITOC) objetivos para poder establecer el plan de actuación que se debe llevar a cabo en el manejo terapéutico de los pacientes ancianos con SCASEST, evitando así que el tratamiento realizado (ya sea invasivo o conservador) esté basado únicamente en la subjetividad individual del médico.

**MATERIAL Y MÉTODO**

Para elaborar los criterios de adecuación del tratamiento invasivo en ancianos con SCASEST (criterios RITOC) se ha constituido un comité multidisciplinar formado por cinco expertos (Internista, Geriatra, Cardiólogo, Intensivista y médico de Urgencias) para definir y ponderar aquellos factores que pueden hacer inadecuado el uso de procedimientos invasivos en pacientes ancianos con SCASEST por el alto riesgo hemorrágico, la presencia de síndromes geriátricos y/o comorbilidad importante que limite la expectativa o calidad de vida del paciente.

**RESULTADOS**

El resultado de nuestro trabajo ha sido poder establecer y definir los criterios RITOC. Estos criterios se exponen en la tabla adjunta. Una puntuación de 2 en un solo ítem o de 3 puntos o más con la suma de de distintos ítems nos indicaría que el manejo invasivo del paciente puede presentar un riesgo inmediato alto o ser inadecuado para mejorar las perspectivas futuras del paciente en cuanto a su supervivencia y/o calidad de vida.

**DISCUSIÓN**

La toma de decisiones en los pacientes de mayor edad es un proceso complejo que debe basarse en la valoración integral del paciente como herramienta para ponderar la relación riesgo-beneficio del tratamiento.

**CONCLUSIONES**

Los criterios RITOC suponen la primera propuesta para adecuar la indicación de tratamiento invasivo en pacientes de edad avanzada con SCASEST. Su utilidad deberá testarse en futuros estudios que analicen si su aplicación ayuda a reducir la variabilidad de la práctica clínica y contribuye a mejorar los resultados clínicos en la población anciana.

*Tabla (EA-17)*

|   |                                       |
|---|---------------------------------------|
| Historia de hemorragia grave en los 3 últimos meses (ictus hemorrágico, hemorragia digestiva, hemorragia retiniana)   | 1 punto                               |
| Trombocitopenia severa o cualquier trastorno grave de la hemostasia   | 1 punto                               |
| Insuficiencia de órgano previa moderada o severa (excluida la insuficiencia cardiaca)   | 1 punto: moderada<br>2 puntos: severa |
| Insuficiencia cardiaca previa severa  | 2 puntos                              |
| Enfermedad sistémica importante <sup>4</sup> (patología oncológica sin perspectiva de curación, ELA avanzada u otras patologías con pronóstico de supervivencia <1 año) | 2 puntos                              |
| Aclaramiento de creatinina en el proceso agudo (MDRD)<30 ml/min   | 1 punto                               |
| Dependencia previa moderada-grave (<55 puntos en la escala Barthel)   | 1 punto                               |
| Deterioro cognitivo previo moderado o severo  | 1 punto: moderado<br>2 puntos: severo |

## EA-18 ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LAS CEPAS BACTERIANAS EN UN HOSPITAL DE CUIDADOS INTERMEDIOS Y PALIATIVOS

C. Ortega Armenteros<sup>2</sup>, F. Jódar Morente<sup>1</sup>, R. García Jiménez<sup>1</sup>, T. Sola<sup>2</sup>, F. Bañez<sup>1</sup>, M. Castillo Hernandez<sup>1</sup>, D. Carrillo Ortiz<sup>1</sup>, F. Molina Molina<sup>1</sup>

<sup>2</sup>Cuidados Paliativos, <sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario de Jaén. Jaén

### OBJETIVOS

El diseño de pautas de antibioterapia empírica se basa en la adecuación de las recomendaciones de las guías de práctica clínica a las cepas más prevalentes en el ámbito local. Las características propias de nuestro centro, con largas estancias, pacientes provenientes de instituciones residenciales y geriátricos, por un lado, y por otro larga estancia hospitalaria y paso por unidades con tradicional alta presión bacteriana y antibiótica (UCI, áreas quirúrgicas), hacen preciso discriminar las características esenciales de nuestra flora. Identificar cuales son los patógenos más prevalentes, y qué localizaciones son más frecuentes, es el paso inicial previo a diseñar pautas de prevención eficaces en su tratamiento.

### MATERIAL Y MÉTODO

Cultivos de cualquier origen (sangre, orina, heces, esputo, piel) solicitados a pacientes ingresados en nuestro centro durante los últimos 3 meses. Software informático IBMSPPSS para análisis y estadísticos descriptivos. Suite ofimática Libreoffice 4.0.1.

### RESULTADOS

Un 84% de hombres y un 26% mujeres. Las muestras tienen los siguientes orígenes: Orina 32 (28,6%), esputo 18 (16,1%), sangre 6 (5,4%), cutáneas 56 (50%). De un total de 112 cultivos, se identificaron las siguientes cepas, con números absolutos y en porcentaje: KLEBSIELLA 12 (10,7%), PSEUDOMONA 11 (9,8 %), PROTEUS 10 (8,9%), ESCHERICHIA 23 (20,5%), STAPHYLOCOCCUS 26 (23,2%), BACTEROIDES 4 (3,6%), CITROBACTER 1 (0,9%), ACINETOBACTER 7(6,3%), ENTEROCOCCUS 8 (7,1%), PROVIDENCIA 3 (2,7%), MORGANELLA 3(2,7%), CORINEBACTERIUM 2 (1,8%), STREPTOCOCCUS 1(0,9%) STREPTOPHOMONA 1 (0,9%).

### DISCUSIÓN

Llama la atención el alto porcentaje de cultivos solicitados a pacientes del sexo masculino, variable no esperada. La alta prevalencia de muestras cutáneas era esperable dada la gran profusión de lesiones cutáneas (sobre todo, úlceras por presión) tratadas en nuestro centro, debido a las características de nuestros pacientes. La presencia de cepas de Staphilococcus es consistente con la alta presencia de muestras cutáneas, pero una mayor caracterización de las cepas y su espectro de resistencias es preciso. Por otro lado, tanto E.Coli como Klebsiella dominan en el ámbito de los patógenos gram negativos. Si añadimos la presencia de Pseudomonas como tercero en discordia, propio de pacientes institucionalizados, tendremos suficiente material para continuar el estudio y caracterización de nuestras cepas y diseñar pautas de tratamiento eficaces ajustadas a nuestra población.

### CONCLUSIONES

-Las muestras identificadas corresponden fundamentalmente al sexo masculino. -La demanda de muestras cutáneas es igual a la del resto de localizaciones. -El germen gram - más prevalente es E. Coli, seguido de Klebsiella. -La presencia de Pseudomonas también es reseñable. -Hay una alta prevalencia de bacterias gram +.

### BIBLIOGRAFÍA

- N. Gilbert, D; C. Moellering R, et al. *Guía Sandford de terapéutica antimicrobiana*. 42 Ed. Madrid. AWW E S.L. 2012
- *Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene. Estudio de prevalencia de las infecciones nosocomiales en España. ESTUDIO EPINE-EPPS 2013 [Acceso 28 de Abril de 2014];*

**EA-19 INFECCIÓN URINARIA EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE ACVA EN UNA UNIDAD DE LARGA ESTANCIA**

M. García Gómez, C. García Redecillas, M. Manjón Rodríguez, F. Jódar Morente, F. Molina Molina  
*Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario de Jaén. Jaén*

**OBJETIVOS**

En nuestro hospital de larga estancia, uno de los pilares asistenciales supone la atención a pacientes con patología cerebral y limitación funcional. Suelen tener una larga estancia y un proceso de rehabilitación laborioso, de resultado incierto. La existencia de sondaje urinario es relativamente frecuente, con el consiguiente aumento de infecciones urinarias nosocomiales. Conocer la epidemiología de los aislamientos microbiológicos y las comorbilidades de pacientes con diagnóstico de infección del tracto urinario que se encuentran ingresados en el hospital de crónicos Dr. Sagaz en el año 2013 con el diagnóstico de ACVA.

**MATERIAL Y MÉTODO**

Realizamos un estudio descriptivo retrospectivo analizando las historias clínicas de los pacientes con cultivo positivo durante el año 2013, ingresados con el diagnóstico de ACVA en la Unidad de Larga Estancia del Hospital Dr. Sagaz de Jaén. Los datos fueron extraídos de la historia informatizada. Se empleó soporte informático estadístico para el conteo y análisis de los datos, así como para su presentación. Se han analizado la edad, sexo, existencia de sondaje, y organismos aislados en los urocultivos así como las sensibilidades de dichos microorganismos.

**RESULTADOS**

Durante el año 2013 del total de cultivos urinarios analizados, 39 correspondieron a pacientes con patología cerebral vascular. De estos la proporción por géneros fue 59% mujeres y 41% hombres. Del total de pacientes, el 76.9%(30) eran portadores de sonda vesical, el 12.8% (5) no lo eran y un 10.3% (4) no aparecía reflejado en la historia clínica. El microorganismo aislado con más frecuencia fue E. Coli en un 48.6% (17) seguido de Enterococcus 17.1% (6), Klebsiella 12.8% (5), Proteus y Pseudomona ambos en un 8.6% (3) y Candida aislado en un paciente. De ellos un 18.9% habían recibido atención en una unidad de cuidados intensivos, siendo el microorganismo aislado más frecuente en estos pacientes aislar Proteus y Acinetobacter.

**DISCUSIÓN**

Los pacientes con un infarto cerebral son vulnerables al desarrollo de complicaciones como resultado del propio infarto, y de la discapacidad causada por éste. La presencia de una sola complicación médica tras un infarto cerebral es un factor predictor independiente de mal pronóstico. Entre las complicaciones médicas se encuentra la infección del tracto urinario, que se estima una prevalencia en torno al 17-27% de los pacientes ingresados con ictus en las diferentes series publicadas. La presencia de E. Coli es mayor en pacientes que no han tenido paso previo por UCI, sin embargo la NO estancia en la unidad de cuidados intensivos condicionar la flora que provocará estas infecciones, con predominio de Klebsiella. Aun así, el bajo número de cultivos no permite hacer afirmaciones en nuestro medio en este aspecto, por lo que es necesario aumentar el número de urocultivos solicitados en nuestra área. Como era de esperar, la presencia de Gram negativos, es predominante en este tipo de infecciones. Cabe destacar la gran variedad de cepas aisladas. La estancia previa o no en UCI, con la consiguiente posible exposición a antibioterapia de amplio espectro y a gérmenes nosocomiales multirresistentes, va a predisponer a sufrir itus por uno u otro germen.

**CONCLUSIONES**

-Adecuar las pautas antibióticas empíricas, ampliar la muestra y profundizar en este aspecto supone uno de los aspectos a destacar de este texto. -Ampliar el número de urocultivos de nuestra área nos permitirá caracterizar de forma más exacta nuestra flora bacteriana. -Conocer las características de estos procesos nos permitirá por un lado realizar un tratamiento más eficaz y por otro detectar posibles factores que nos ayuden a prevenir su aparición.

**BIBLIOGRAFÍA**

- Pigrau C. *Infecciones del tracto urinario nosocomiales. Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2013.



## **EA-20 INFECCIÓN POR E. COLI EN PACIENTES INGRESADOS EN UN HOSPITAL DE LARGA ESTANCIA**

M. García Gómez, C. García Redecillas, F. Jódar Morente, M. Manjón Rodríguez, F. Molina Molina  
*Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario de Jaén. Jaén*

### **OBJETIVOS**

En nuestro medio, numerosos trabajos identifican a E. Coli como el principal patógeno implicado en las infecciones urinarias. Por lo tanto, conocer su espectro de sensibilidad antibiótica es necesario de cara a diseñar un plan de antibioterapia empírica más eficaz.

### **MATERIAL Y MÉTODO**

Realizamos un estudio descriptivo retrospectivo analizando las historias clínicas de los pacientes con cultivo positivo para E. Coli durante el 2013 ingresados en nuestro hospital de cuidados de larga estancia con el fin de analizar el espectro antimicrobiano. Los datos fueron extraídos de la historia informatizada. Se empleó soporte informático estadístico para el contaje y análisis de los datos, así como para su presentación.

### **RESULTADOS**

Durante el año 2013 del total de cultivos urinarios analizados, se aislaron 37 cepas de E. Coli en pacientes ingresados en el Hospital Dr. Sagaz. Respecto a la sensibilidad de E. Coli a antimicrobianos vemos que la sensibilidad a Imipenem es de 96.9%, a Amoxicilina-clavulánico es de 94.3%, a piperacilina 92.6%, gentamicina y tobramicina en torno al 82%, a Cefotaxima, ceftazidima y cefepime en torno a 73%. No se ha obtenido ninguna cepa resistente a fosfomicina, en cambio el 77.8% eran resistentes a ciprofloxacino y el 66.7% a Norfloxacin. Alrededor el 50% presentaban resistencias a TMP-S y a Ac. Nalidíxico. En el 22% de los urocultivos se aisló E. Coli BLEE.

### **DISCUSIÓN**

En nuestro medio, la fosfomicina continúa siendo una alternativa válida para el tratamiento de la infección urinaria por E. Coli así como Amoxicilina-clavulánico. Llama la atención el elevado número de resistencias a quinolonas, desaconsejándose su empleo de forma empírica, y la presencia de cepas BLEE que hacen que este tipo de estudios sean aún más importantes, ya que si su número continúa creciendo, pueden terminar determinando un cambio en los patrones de resistencias. Nuestros resultados no difieren de los obtenidos en otras series. Esto nos refuerza en nuestra tendencia al empleo de guías de autores locales y a vigilar nuestros espectros de sensibilidad con mayor cercanía.

### **CONCLUSIONES**

-Elevada resistencia a trimetropin-sulfametoxazol. -Tanto fosfomicina como amoxiclavulánico pueden ser alternativas eficientes. -Las quinolonas no pueden recomendarse en nuestro medio como tratamiento empírico. -Es necesario continuar con estudios descriptivos de este tipo a fin de detectar cambios en los patrones de sensibilidad.

### **BIBLIOGRAFÍA**

- Pigrau C. *Infecciones del tracto urinario nosocomiales. Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2013;31(9):614–624

**EA-21 IDENTIFICACIÓN INEQUÍVOCA DE PACIENTES: HERRAMIENTA PARA LA EVALUACIÓN DEL MAPA DE RIESGOS DE UNA UNIDAD DE MEDICINA INTERNA**

T. Cano Rodríguez, J. Vida Blanca, P. Limpo de la Iglesia, M. Martín Barrera, E. Jiménez Sequera, A. Navarro Rodríguez

*UCAMI. Complejo Hospitalario Virgen del Rocío. Sevilla*

**OBJETIVOS**

La seguridad clínica es la ausencia de perjuicios accidentales en la asistencia; supone un principio básico de la atención al pcte, un componente crítico de la calidad y un derecho ciudadano. La gestión del riesgo implica abordar el proceso de identificación y análisis de los eventos adversos (EA) relacionados con la actividad asistencial, para aprender de ellos y adoptar buenas prácticas que corrijan los problemas derivados de la atención no segura. La actividad sanitaria es cada vez más compleja: tamaño de la organización, medios diagnósticos, y terapéuticos, multitud de procesos y la variabilidad clínica y de actuaciones profesionales. La identificación incorrecta de pctes es uno de los EA más comunes en la práctica y supone una causa de errores potenciales en medicación, transfusión, pruebas complementarias y procedimientos con una escala de gravedad que va desde el disconfort hasta la muerte. Para evitar o minimizar los EA r/c la identificación, nos planteamos implantar un Protocolo de Identificación Inequívoca de Pacientes (PIIP). con estas actuaciones: \*Uso de brazalete identificativo con dos códigos de identificación,\*Difusión del procedimiento entre los profesionales \*fomentar la implicación de enfermería en la responsabilidad de la doble verificación antes de procedimientos (admisión de pctes, adm. de medicación, identificación muestras, etc.)\*Implicar a pctes y cuidadores como participantes activos en su identificación verificando los datos para confirmar que sean correctos ante cualquier actuación Objetivo General: Contribución activa en la actualización periódica del mapa de riesgo de UCAMI Objetivos Específicos: 1) Minimizar los incidentes relacionados con la identificación del pcte. 2) Evaluar la efectividad de las medidas emprendidas para la Identificación inequívoca de pctes 3) Formar a los profesionales en el PIIP.

**MATERIAL Y MÉTODO**

Diseñamos un estudio observacional longitudinal de comprobación de IP, realizando cortes de prevalencia en las unidades de hospitalización de UCAMI al total de ingresados. Los ítems medidos fueron: verificación de colocación de brazaletes identificativos y descripción del procedimiento en los registros enfermeros.

**RESULTADOS**

Se efectuaron 4 cortes de prevalencia que arrojaron los siguientes resultados: Mayo 2012: \*Pctes Ingresados(PI): 121. \*Pctes con PIIP en registros enfermeros: 80 (66,11%) \*pctes con brazalete identificativo: 88 (72,7%) \*Pctes SIN identificar: 33 (27,27%) Marzo 2013: \*(PI): 121. \*Pctes con PIIP en registros enfermeros:113 (93,38%) \*pctes con brazalete identificativo: 113 (93,38%) \*Pctes SIN identificar: 8 (6,61%) Octubre 2013: \*(PI): 118. \*Pctes con PIIP en registros enfermeros: 107 (90,6%) \*pctes con brazalete identificativo: 107 (90,67%) \*Pctes SIN identificar: 11 (9,32%) Marzo 2014: \*(PI): 118. \*Pctes con PIIP en registros enfermeros:112 (94,9%) \*pctes con brazalete identificativo: 112 (94,9%) \*Pctes SIN identificar: 6 (4,08%).

**CONCLUSIONES**

El Mapa de Riesgos es un instrumento informativo y dinámico que mediante datos descriptivos e indicadores, permite el análisis periódico de los riesgos de los pctes, la programación de planes de intervención preventiva y la verificación de su eficacia. Una forma de evaluarlo es la revisión de los EA más valorados por los AMFE, como los errores de identificación de pacientes. Unos de los EA más prevalentes con NPR (nº de probabilidad de riesgo) más elevado (252).Se revela de suma importancia la información para su conocimiento, difusión y concienciación entre los profesionales sanitarios del PIIP. En las auditorias realizadas se manifiesta la evolución favorable en la UGC con la realización de prácticas seguras ligadas a este estándar de calidad.

## **EA-22 CALIDAD DE VIDA PERCIBIDA MEDIANTE CUESTIONARIO DE SALUD SF-12 EN UNA COHORTE DE PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS. PROYECTO IMPACTO**

Á. González Molina<sup>1</sup>, M. Bernabeu Wittel<sup>1</sup>, M. González Benítez<sup>2</sup>, R. Arahal Trigueros<sup>1</sup>, M. Maíz Jiménez<sup>1</sup>, M. Nieto Martín<sup>1</sup>, en representación de los investigadores del Proyecto Impacto  
<sup>1</sup>UCAMI. Complejo Hospitalario Virgen del Rocío. Sevilla  
<sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital de la Serranía. Ronda (Málaga)

### **OBJETIVOS**

Describir los resultados en calidad de vida percibida mediante el cuestionario de salud SF12, los factores relacionados con el mismo, así como su evolución en el tiempo, en una cohorte de pacientes pluripatológicos (PP) pertenecientes al proyecto IMPACTO.

### **MATERIAL Y MÉTODO**

Estudio prospectivo multicéntrico cuasiexperimental. Se incluyeron PP para seguimiento evolutivo durante 12 meses siguiendo un programa de 11 intervenciones multinivel y multidisciplinarias. Entre las variables a evaluar se incluyó el estado de salud percibida mediante la aplicación del cuestionario de Salud SF12, tanto en el momento de inclusión como a los 12 meses de seguimiento. Se realizó un análisis mediante el paquete SPSS 21.00.

### **RESULTADOS**

Se incluyeron 420 pacientes PP de 11 hospitales del territorio Nacional. La edad media fue de 77,25 años (DE 8,93), siendo 52,6% (n=219) hombres. La media de categorías de inclusión fue de 2,99 (DE1), el número de comorbilidades 4,29 (DE 1,97). Índice de Barthel medio fue de 58,57 DE 30,97. La mortalidad al año fue del 35% De forma global, en los componentes físicos del cuestionario obtuvieron una media de 30,66 (DE 8,58 n=392) siendo el resultado del componente mental de 40,71 (DE 11,94 n=392), siendo para población general española mayor de 75 años de 40,73 (DE 11,13) y de 47,62 (DE 9,69) respectivamente. Tras las intervenciones, se obtuvo una mejora en los resultados tanto en la dimensión física  $32,19 \pm 8,91$  vs  $33,32 \pm 9,40$ , como en la dimensión mental  $43,049 \pm 12,39$  vs  $46,31$  (n=277), con una  $p=0,000$ . Las variables asociadas a peor calidad de vida percibidas para ambas esferas (física y mental) fueron: el sexo mujer, disnea III-IV de la NYHA, el Bhartel, el Lawton Brody, el Pfeiffer, escala de Gijón, índice PROFUND y la supervivencia en días. Para la esfera mental: requerir cuidador, diagnóstico de depresión y ansiedad. Para la esfera física: IMC y el número de categorías de PP.

### **CONCLUSIONES**

Los pacientes pluripatológicos incluidos en este estudio presentan una percepción de su salud inferior a la población general de su misma edad y sexo. Sin embargo, esta peor percepción de la calidad de vida mejoró tras una intervención multidisciplinar con atención compartida entre atención primaria y hospitalaria, acercándose a la media nacional para la misma edad y sexo en el caso de la dimensión mental. Las escalas funcionales y psicoemocionales utilizadas en la valoración integral de estos sujetos se relacionan con una peor percepción de salud, así como el índice pronóstico de mortalidad PROFUND.

**EA-23 CONTENCIÓN MECÁNICA EN EL SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO, UNA PRÁCTICA CONTROVERTIDA**

M. García Gómez, C. García Redecillas, J. Trujillo Pérez, E. Gálvez Gálvez, F. Molina Molina  
*Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario de Jaén. Jaén*

**OBJETIVOS**

Analizar la frecuencia de aplicación de la contención mecánica en los pacientes que presentan un cuadro de síndrome confusional agudo durante la hospitalización en el Servicio de Medicina Interna del Complejo Hospitalario de Jaén.

**MATERIAL Y MÉTODO**

Estudio observacional prospectivo realizado en el Servicio de Medicina Interna del Complejo Hospitalario de Jaén, cuyo protocolo fue aprobado por el Comité de Ética del centro. Se incluyeron los pacientes que ingresaron en el Servicio de Medicina Interna entre Noviembre 2013 y Marzo 2014 y que presentaron síndrome confusional agudo. Se excluyeron aquellos pacientes cuyo ingreso fue inferior a 48 horas o que no estuvieran acompañados por un tutor legal que firmara el consentimiento informado.

**RESULTADOS**

Del total de pacientes (42) que presentaron un episodio confusional agudo durante su estancia hospitalaria, observamos que en un 35.7% (15) se aplicó contención mecánica frente al 62.5% (25) en los que no se realizó. Solo en un caso se firmó el consentimiento informado.

**DISCUSIÓN**

Se considera un recurso controvertido, ya que su empleo puede afectar a la dignidad y libertad de las personas contribuyendo por ello a la deshumanización de los cuidados. Asimismo, el uso de dispositivos de restricción en pacientes confusos, con cierta movilidad y episodios frecuentes de agitación podría originar serias complicaciones tanto físicas como psicológicas. Por este motivo se debe valorar cuidadosamente su aplicación rutinaria, utilizarse solo cuando hayan fracasado otras opciones y los beneficios sean mayores que los peligros potenciales. En esos casos se recomienda que se tomen todas aquellas medidas que ayuden a reducir un posible accidente, siendo importante que los elementos utilizados estén homologados. Cualquier intervención en el ámbito de la salud requiere información previa al respecto y consentimiento específico y libre. Este debe otorgarse por escrito cuando se lleven a cabo procedimientos que impliquen riesgos e inconvenientes, susceptibles de repercutir en la salud del paciente. Estaremos ante una excepción a la exigencia del consentimiento, cuando se trate de una persona incapaz para decidir, por lo que se consultará a las personas vinculadas a la misma, teniendo en cuenta que el consentimiento por representación debe ir siempre dirigido hacia el bien del enfermo y el respeto a su dignidad personal.

**CONCLUSIONES**

Dado el alto porcentaje de uso de restricciones mecánicas que hemos observado, deberíamos respondernos a las siguientes preguntas ¿está indicada?, ¿no hay otras alternativas?, ¿la usamos adecuadamente?, ¿realizamos una correcta reevaluación? Es necesario concienciar al personal sanitario de la necesidad de solicitar el consentimiento escrito para la realización de esta medida. El desconocimiento de esta problemática, llevaría a sobrevalorar la utilidad de los dispositivos y subestimar el peligro que supone su aplicación.

**BIBLIOGRAFÍA**

- E. Fariña-López. Problemas de seguridad relacionados con la aplicación de dispositivos de restricción física en personas mayores *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2011;46(1):36–42
- Teresa Alarcón Alarcón El uso adecuado de la restricción física en el anciano: una preocupación creciente. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2008;43(4):197-8
- J. Rodríguez Delgado. Contenciones mecánicas en geriatría: propuestas técnicas y recomendaciones de uso en el ámbito social. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2013;48(4):185–189
- Consideraciones ante las contenciones físicas y/o mecánicas: aspectos éticos y legales Comisión Deontológica. Colegio Oficial de Enfermería de Barcelona noviembre de 2006

## EA-24 INFLUENCIA DE LA EDAD EN EL PRONÓSTICO, PERFIL CLÍNICO Y MANEJO DEL PACIENTE HOSPITALIZADO POR INSUFICIENCIA CARDIACA

M. López Ibáñez<sup>1</sup>, M. Moreno Conde<sup>1</sup>, Á. Gallego de la Sacristana López-Serrano<sup>1</sup>, A. Gámez López<sup>2</sup>, J. Bonilla Palomas<sup>2</sup>, A. Villar Ráez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Cardiología. Hospital San Juan de la Cruz. Úbeda (Jaén)

### OBJETIVOS

Valorar la influencia pronóstica a largo plazo de la edad en una serie actual de pacientes hospitalizados por insuficiencia cardiaca (IC), así como analizar las diferencias epidemiológicas y de manejo en los subgrupos de pacientes mayores y menores de 75 años

### MATERIAL Y MÉTODO

Se analizaron 362 pacientes hospitalizados por IC.

### RESULTADOS

La edad media de la serie fue de 75±10 años. La mediana de seguimiento fue de 19 meses y la mortalidad total del 37,2%. 205 pacientes (57%) tenían 75 años o más. Al comparar los grupos de mayores y menores de 75 años, se evidenció como en el grupo de ≥75 años existía un menor porcentaje de hombres (43% vs 59% p=0,003), una mayor prevalencia de HTA (85% vs 72% p=0,005) y de etiología isquémica (63% vs 44% p=0,011). La IC con función sistólica preservada (FSC) fue más prevalente en el grupo de pacientes de mayor edad (52% vs 31% p< 0,001). Igualmente se detectó en los pacientes mayores de 75 años un mayor grado de comorbilidad evaluado mediante el índice de Charlson (4,9 vs 3,9 p=0,001), de hipoalbuminemia (30% vs 10%, p=0,001) así como niveles más elevados de BNP al ingreso (1146 vs 725, p<0,001) y una peor función renal (CICr MDRD-7: 49 ml/min vs 64 ml/min, p< 0,001). En cuanto al abordaje terapéutico, el tratamiento betabloqueante (61% vs 76%, p=0,005) y antialdosterónico (46% vs 64%, p=0,001) se empleó con menor frecuencia en pacientes mayores con disfunción ventricular sin hallar diferencias respecto al empleo de IECA o ARA II. En el análisis multivariante la edad (grupo de pacientes ≥ 75 años) se presentó como factor pronóstico independiente de mortalidad: (HR 2,59; IC 95% (1,34-5,01) p=0,005).

### CONCLUSIONES

La edad representa un factor de riesgo independiente de mortalidad en el paciente hospitalizado por IC. Los pacientes de mayor edad presentan con mayor frecuencia IC con FSC, etiología isquémica, una mayor comorbilidad, peor función renal, mayores niveles de BNP y menores de albúmina, prescribiéndose en ellos con menor frecuencia fármacos de eficacia pronóstica demostrada como beta-bloqueantes y antialdosterónicos.

### BIBLIOGRAFÍA

- Anguita M, Arizon JM, Bueno G, Latre JM, Sancho M, Torres F, et al. Clinical and hemodynamic predictors of survival in patients aged < 65 years with severe congestive heart failure secondary to ischemic or nonischemic dilated cardiomyopathy. *Am J Cardiol* 1993;72(5):413-7
- Gradman AH, Deedwania PC. Predictors of mortality in patients with heart failure. *Cardiol Clin* 1994; 12(1):25-35.
- Owan TE, Hodge DO, Herges RM, Jacobsen SJ, Roger VL, Redfield MM. Trends in prevalence and outcome of heart failure with preserved ejection fraction. *N Engl J Med* 2006; 355(3):251-9.

**EA-25 CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN MEDICINA INTERNA QUE PRESENTAN SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO**

M. García Gómez, C. García Redecillas, J. Trujillo Pérez, E. Gálvez Gálvez, F. Molina Molina  
*Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario de Jaén. Jaén*

**OBJETIVOS**

Conocer las características de los pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna del Complejo Hospitalario de Jaén que presentan síndrome confusional agudo.

**MATERIAL Y MÉTODO**

Estudio observacional prospectivo. Se incluyeron pacientes ingresados por cualquier causa médica en el periodo comprendido entre Noviembre 2013 y Marzo 2014 en el Servicio de Medicina Interna del Complejo Hospitalario de Jaén que desarrollaron Síndrome Confusional Agudo, diagnosticados mediante la escala CAM. Se recogieron las variables: edad, situación física, deterioro cognitivo, comorbilidades. Se realizó un análisis mediante el programa estadístico spss 21.0.

**RESULTADOS**

Se incluyeron 42 pacientes con una edad media de  $83,86 \pm 7,54$  años, mujeres 44.8% (30) y 37 varones (55.2%). Un 16.7% (7) de los pacientes presentaba una función cognitiva normal al ingreso, mientras que el 35.7% (8) presentaba deterioro cognitivo leve, el 64.7% (N = 27) deterioro moderado-severo. Se evaluó la situación física previa al ingreso. Entre los antecedentes personales, un 76.2% (32) del total presentaba algún tipo de déficit sensorial. El 14.3% (6) presentaba hábitos tóxicos. Respecto a los FRCV, el 100% de los pacientes presentaba alguno, siendo más frecuente la asociación de HTA y DM con un 33.3% (14). Un 38.1% tenían antecedentes de patología respiratoria, siendo la más frecuente la EPOC en un 19% (8 pacientes). En cuanto a patología cardíaca, el 45% tenían FA permanente, el 23.8% insuficiencia cardíaca. El 7.1% (3) de los pacientes que tenían antecedentes de neoplasia. Un 35.7% (15) tienen insuficiencia renal crónica. Solo un 4.8% (2) antecedentes psiquiátricos.

**DISCUSIÓN**

El SCA o delirium, es un síndrome que se caracteriza por una alteración de la conciencia y un cambio de las funciones cognoscitivas que se desarrollan a lo largo de un breve periodo de tiempo (horas/días) y tiende a fluctuar a lo largo del día. Puede estar formado por múltiples síntomas y signos con distintas formas de presentación. En muchas ocasiones representa una complicación importante durante el ingreso. Es un fenómeno que cada vez se observa con más frecuencia en pacientes ancianos, por ello es necesario conocer las características generales, comorbilidad y factores predisponentes de estos pacientes.

**CONCLUSIONES**

La edad media de nuestros pacientes es de 83 años, como es sabida la incidencia y prevalencia aumentan con la edad, siendo muy frecuente cuando se han superado los 75-80 años. La presencia de demencia, deterioro funcional y comorbilidad hacen a los pacientes vulnerables al delirio. Observamos que solo el 16% no presentaba deterioro cognitivo frente al 65% en el que el deterioro era moderado-severo. La comorbilidad más relevante asociada en nuestros pacientes fue la afectación respiratoria, afectación cardíaca, factores de riesgo cardiovascular destacando la hipertensión arterial, y la insuficiencia renal. Identificar factores predisponentes y desencadenantes de delirium es necesario para detectar a los pacientes con riesgo de padecer dicho cuadro, con el fin de intentar evitar su desarrollo.

**BIBLIOGRAFÍA**

- M. Llorens et al. *Características clínicas del síndrome confusional en un hospital general: factores de riesgo y factores precipitantes. Arch Med Interna 2009; 31(4):93-98*
- Inouye SK et al. *Delirium in older persons. N Engl J Med 2006;354:1157-65*

## EA-26 PERFIL DE RESISTENCIA A OXACILINA DE LAS CEPAS DE STAPHYLOCOCCUS AUREUS AISLADAS EN UN HOSPITAL DE CUIDADOS INTERMEDIOS PALIATIVOS

R. García Jiménez<sup>1</sup>, F. Jódar Morente<sup>1</sup>, C. Ortega Armenteros<sup>2</sup>, J. Trujillo<sup>1</sup>, C. Herrero<sup>1</sup>, G. Gutiérrez Lara<sup>1</sup>, D. Carrillo<sup>1</sup>, F. Molina Molina<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Cuidados Paliativos. Complejo Hospitalario de Jaén. Jaén

### OBJETIVOS

La infección por Gram +, y más concretamente en nuestro medio por el género Staphylococcus, representa un reto creciente para el médico clínico. La emergencia de cepas comunitarias de Staphylococcus Meticilin resistente, con sus características clínicas propias, requiere una alto nivel de sospecha y adecuar las pautas empleadas en su tratamiento, si es preciso, de manera que se combata de manera eficaz su presencia, incluso en los momentos iniciales previos a la identificación y adecuación de la terapia mediante antibiograma. Por otro lado, las características propias de nuestros pacientes, con largo encamamiento, institucionalización previa a ingreso por un lado, y otras veces, traslado desde unidades con alta presión antibiótica, hace necesario aún más definir nuestro espectro microbiológico. El objetivo de este estudio es doble: por un lado, caracterizar la prevalencia de infecciones staphilocócicas por un lado, y por otro, clasificar las distintas cepas en función de su resistencia o no a meticilina para intentar posteriormente identificar qué pautas de antibiótico serán las más adecuadas.

### MATERIAL Y MÉTODO

Se analizaron las identificaciones positivas para staphylococcus aureus de los últimos 6 meses, describiendo sus resistencias a meticilina. Software de estadística descriptiva SPSS en su última versión. Suite ofimática Libreoffice 4.0.0 para redacción del texto.

### RESULTADOS

Total de cultivos revisados: 112. Cultivos de muestras cutáneas: 56. Cultivos de muestras de orina: 32. Cultivos de muestras respiratorias: 18. Cultivos de muestra sanguínea: 6. Total de cultivos positivos para Staphylococcus 26. Total de aislamientos en piel: 12.(21.4% del total) Total de aislamiento en esputo: 4 (22.5% del total de aislamientos) Total de aislamientos en orina: 4 (12.5% del total). Total de aislamientos en sangre: 6 (100% de aislamientos). Tasa global de resistencia a meticilina: 76%. Tasa de resistencia por localización: Cutánea 75%, respiratoria 75%, orina 80%, sangre 80%.

### DISCUSIÓN

Staphylococcus en cualquiera de sus variantes representa en nuestro medio una de cada cuatro infecciones, aproximadamente. Resalta de manera contundente la presencia de cepas con resistencia a oxacilina, distribuidas de manera uniforme en todas las localizaciones donde se aíslan. Detectar este tipo de resistencia hace que debamos replantear nuestras pautas de tratamiento sobretodo empírico y adecuarlas a las necesidades de nuestros pacientes.

### CONCLUSIONES

-Staphylococcus representa en nuestro medio una de cada cuatro infecciones. -A nivel cutáneo, representa la mitad de las infecciones identificadas. -Hay una alta tasa de resistencias a oxacilina. -La resistencia a oxacilina está distribuida de manera equitativa en los distintos focos infecciosos habituales de nuestros pacientes. -Es preciso adecuar nuestras pautas de tratamiento a esta necesidad.

### BIBLIOGRAFÍA

- N. Gilbert, D; C. Moellering R, et al. *Guía Sandford de terapéutica antimicrobiana*. 42 Ed. Madrid. AWWE S.L. 2012
- Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene. *Estudio de prevalencia de las infecciones nosocomiales en España*. ESTUDIO EPINE-EPPS 2013 [Acceso 28 de Abril de 2014]; disponible en [hws.vhebron.net/epine](http://hws.vhebron.net/epine)

**EA-27 EVALUACIÓN DE LA SUPERVIVENCIA CON LA ESCALA DE CHARLSON TRAS INGRESO HOSPITALARIO DE PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS AVANZADAS**

B. Hernández Sierra, P. Sánchez López, A. García Peña, J. Romero León, M. Martínez Soriano, F. Laynez Bretones, F. Díez García

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

**OBJETIVOS**

El aumento de la calidad de vida de la últimas décadas, supone una mayor esperanza de vida. Su lado negativo es una población envejecida con necesidad de mayores cuidados sanitarios. En nuestro estudio analizamos la causa de sus ingresos en la etapa final de su vida y la utilidad del cálculo del índice de Charlson en estos pacientes (Charlson et al, 1987). Este índice calcula el grado de comorbilidad y probabilidad de supervivencia basándose en la edad y patologías del sujeto. Se considera ausencia de comorbilidad: 0-1 puntos, comorbilidad baja: 2 puntos y alta > 3 puntos. Predicción de mortalidad en seguimientos cortos (< 3 años); índice de 0: (12% mortalidad/año); índice 1-2: (26%); índice 3-4: (52%); índice > 5: (85%). En seguimientos prolongados (> 5 años), la predicción de mortalidad deberá corregirse con el factor edad, por la que se añadirá 1 punto por cada década a partir de los 50 años. (Charlson M, J Chron Dis 1987; 40: 373-83).

**MATERIAL Y MÉTODO**

Estudio prospectivo descriptivo. Se reclutaron a 58 pacientes de entre 70 y 99 años que ingresaron en el servicio de Medicina Interna por patologías crónicas avanzadas, no siendo candidatos a medidas intensivas. Se analizaron variables sociodemográficas, principales comorbilidades asociadas, reingresos, índice de Charlson (normal y ajustado por edad) y cálculo de supervivencia a los 10 años. Al año se comprobó su supervivencia tras el ingreso.

**RESULTADOS**

La edad media de los pacientes fue de 80,62 +/- 8,23 años. El índice de Charlson medio fue de 5 +/- 2,39. Si calculamos el índice de Charlson ajustado por edad, el valor se eleva a 8,55. El 86% de los pacientes habían precisado algún tipo de asistencia sanitaria en los 60 días previos. Como comorbilidades graves más frecuentemente asociadas, el 68,9% presentaba insuficiencia cardiaca, el 44,8% insuficiencia respiratoria crónica, el 44,8% algún grado de insuficiencia renal, el 27,6% neoplasia y 31% demencia. En la última fase de la vida el 82,8% presentaba normopeso o delgadez. Sólo el 17,2% era obeso. En el análisis sanguíneo se objetivó anemia en el 48,3% y el 57,1% presentaba desnutrición proteica (albúmina < 3,5 gr/dl) en distintos grados: leve 35,7%, moderada 17,8% y grave en el 3,6% de los casos. El 6,9% de los pacientes tenían prescritos suplementos nutricionales. El 34,5% de estos ingresos no sobrevivió al año, asociándose a peor puntuación de Charlson, anemia y albúmina < 2,5 mg/dl.

**CONCLUSIONES**

Existe elevada comorbilidad en la población anciana y el cálculo del índice de Charlson en el momento del ingreso hospitalario puede ayudar a predecir mortalidad a corto plazo.



## EA-28 DEMENCIA Y SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO. JUNTOS PERO NO REVUELTOS

C. García Redecillas, M. García Gómez, J. Trujillo Pérez, E. Gálvez Gálvez, F. Molina Molina  
Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario de Jaén. Jaén

### OBJETIVOS

Analizar la prevalencia de demencia en pacientes que presentan síndrome confusional agudo (SCA) durante su ingreso en el área de Medicina Interna. Definir el tipo y grado de deterioro cognitivo en estos pacientes y observar el control cognitivo que se realiza al alta.

### MATERIAL Y MÉTODO

Estudio observacional prospectivo realizado en el Complejo Hospitalario de Jaén en el área de Medicina interna, el protocolo fue aprobado por el Comité de Ética del centro. Se incluyeron a los pacientes que ingresaron en el servicio de Medicina Interna entre Noviembre del año 2013 y Marzo del 2014 y que presentaron síndrome confusional agudo. Se excluyeron aquellos pacientes cuyo ingreso fue inferior a 48 horas o que no estuvieran acompañados por un tutor legal que firmara el consentimiento informado.

### RESULTADOS

Se incluyeron un total de 42 pacientes cuya edad media era de 83,86 años, el 83,3% presentaban deterioro cognitivo previo al ingreso, de los cuales el 64% era moderado-severo según la escala de deterioro global (GDS\_FAST), la causa de demencia en el 30,95% era degenerativa frente al 11% de origen vascular. El 59,5% de los pacientes habían presentado algún episodio confusional previo. En el 37,5% de los casos en el informe de alta no se reflejó el diagnóstico de delirium y de los 7 pacientes que no presentaban deterioro cognitivo previo, sólo 2 fueron estudiados por el servicio de neurología para despistaje de demencia, tras episodio de delirium. Los datos fueron analizados mediante el programa estadístico SPSS 21.0.

### DISCUSIÓN

El delirio y la demencia están muy relacionados, la demencia es el principal factor de riesgo de delirium y es un factor independiente de vulnerabilidad en los pacientes que presentan patología médica. Aunque no parece que el síndrome confusional agudo por sí mismo cause las modificaciones patológicas de la demencia, sin duda contribuye con el empeoramiento de la evolución de los pacientes con demencia. El delirium y la demencia son dos entidades diferentes y separadas aunque se ha demostrado que los pacientes con delirium presentan declinación cognitiva a largo plazo. Por todo ello identificar a los pacientes vulnerables de desarrollar delirium, realizar un diagnóstico precoz y realizar el seguimiento de la evolución cognitiva al alta, es fundamental para el correcto manejo de pacientes con mayor riesgo y complejidad, como son los pacientes ingresados en Medicina Interna.

### CONCLUSIONES

Como era de esperar, en nuestro medio la prevalencia de demencia en pacientes que sufren episodio de delirium es muy alto, acorde con los resultados obtenidos en otras series de pacientes hospitalizados por patología médica. Sin embargo, llama la atención que el origen vascular de la demencia sólo es del 11 %. Es necesario que se especifique el diagnóstico de SCA en el informe clínico y que al alta se evalúe la situación cognitiva de estos pacientes, dado que el desarrollo de delirium puede ayudar a identificar a aquellas personas vulnerables a la declinación cognitiva por la presencia de demencia precoz o deterioro cognitivo leve.

### BIBLIOGRAFÍA

- Formiga F, San José A, López-Soto A, Ruiz D, Urrutia A, Duaso E. Prevalencia del delirium en pacientes ingresados por enfermedad médica. *Med Clin (Barc)* 2007; 129: 571-3 Inouye SK. Delirium in older patients. *N Engl J Med* 2006; 354: 1157-65.
- Witlox J, Eurelings LS, de Jonghe JF, Kalisvaart KJ, Eikelenboom P, van Gool WA. delirium in elderly patients and the risk of postdischarge mortality, in stititutionalization, and dementia: a meta-analysis. *JAMA* 2010; 304: 443-51.

## EPOC y Patología respiratoria (EP)

### EP-2 ANÁLISIS RETROSPECTIVO DEL RENDIMIENTO DIAGNÓSTICO DE LA BIOPSIA PLEURAL CERRADA CON AGUJA DE ABRAMS

M. De Sousa Baena<sup>1</sup>, A. Ruiz Reina<sup>2</sup>, C. Díaz Pérez<sup>1</sup>, A. Hidalgo Jiménez<sup>1</sup>, M. Machado Vilchez<sup>1</sup>, J. Carrasco Sánchez<sup>1</sup>, J. García Moreno<sup>1</sup>, B. Barón Franco<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Neumología. Complejo Hospitalario de Especialidades Juan Ramón Jiménez. Huelva

#### OBJETIVOS

1) Analizar el número de biopsias pleurales en nuestra Área Hospitalaria. 2) Analizar el rendimiento diagnóstico de las mismas. 3) Determinar la sensibilidad y valor predictivo positivo del cultivo de líquido pleural en el diagnóstico de TBC.

#### MATERIAL Y MÉTODO

Revisión retrospectiva de las biopsias pleurales cerradas -BPC- realizadas en nuestro centro desde 1999 hasta Junio de 2013. Se analizó la base de datos de técnicas endoscópicas de nuestro hospital, así como los cultivos de microbiología de biopsias pleurales. Definimos el rendimiento diagnóstico como el porcentaje de diagnósticos obtenidos respecto al total de biopsias útiles.

#### RESULTADOS

Se realizaron 128 BPC, en 114 de las cuales conseguimos obtener todos los datos. De ellas 70 fueron diagnósticas (rendimiento global 61.4%): 51 positivas para TBC (72.8%) y 19 positivas para neoplasias (27.2%). El 35.1% (44 casos) no ofrecieron diagnóstico concluyente para TBC ni neoplasia. El número de BPC se ha mantenido estable en el tiempo hasta los últimos 3 años, en los que se ha duplicado el número de BPC realizadas. Esto se refleja en un incremento del número de diagnósticos totales, sobre todo de neoplasias. La sensibilidad del cultivo del LP en el diagnóstico de la TBC pleural en nuestra serie ha sido del 46.2% y el VPP del 85.7%.

#### DISCUSIÓN

La BPC con aguja de Abrams es útil para el diagnóstico de patologías con afectación pleural difusa como es el caso de la TBC pleural. La rentabilidad diagnóstica de esta prueba estará influida tanto por el entrenamiento del personal que la realice como del número de muestras que se obtengan, pudiendo llegar hasta una sensibilidad del 80% en la pleuritis tuberculosa según lo publicado en la literatura, en función de éstos y otros factores. Es una técnica relativamente segura, siendo su principal complicación el neumotórax que puede producirse hasta en el 11% de los casos según lo publicado. Puede que en hospitales de nuestro tamaño, en el que no tenemos disponibilidad a otras técnicas diagnósticas como la biopsia pleural por toracoscopia, el número de BPC sea mayor, así como el entrenamiento de los profesionales que realizan el procedimiento. Esto podría favorecer una mayor rentabilidad diagnóstica con respecto a resultados de otros hospitales de mayor tamaño.

#### CONCLUSIONES

1. La BPC forma parte del diagnóstico rutinario de la TBC pleural y derrames pleurales neoplásicos, habiendo aumentado su uso en los últimos años. 2. En nuestra serie casi dos de cada tres BPC fueron diagnósticas, lo cual supone disponer de una herramienta útil de bajo coste para el diagnóstico de TBC pleural y derrame pleural neoplásico, que evita medidas más costosas y agresivas. 3. Aunque mayor que en otras series publicadas, la escasa sensibilidad del cultivo de líquido pleural nos lleva a la conclusión de que la BPC debe formar parte de la estrategia diagnóstica de la TBC pleural.

## Enfermedad vascular (cardiopatía isquémica, enfermedad cerebrovascular, enfermedad arterial periférica y enfermedad vascular subclínica) (EV)

### EV-2 GRADO DE AFECTACIÓN ARTERIAL PERIFÉRICA ENTRE PACIENTES CON Y SIN LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO EN UN HOSPITAL GENERAL

A. García Peña, B. Hernández Sierra, P. Sánchez López, A. Barnosi Marín, P. Mirón Trigueros, B. Cervantes Bonet, L. León Ruiz, F. Díez García

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

#### OBJETIVOS

El índice tobillo-brazo (ITB) es una herramienta sencilla y útil para identificar arterioesclerosis de forma precoz y con ello, si padece enfermedad arterial periférica subclínica. Son varios los estudios que afirman la mayor probabilidad de futuros eventos cardiovasculares en pacientes con enfermedades autoinmunes sistémicas, como en el Lupus eritematoso sistémico (LES), debido al estado pro-inflamatorio propio de la enfermedad, entre otros motivos. Nuestro objetivo es evaluar los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) y grado de afectación del índice tobillo-brazo (ITB) en pacientes con LES comparado con controles sanos.

#### MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio transversal descriptivo con enfermos (pacientes con lupus eritematoso sistémico) y controles sanos (pacientes sin diagnóstico de LES), que no presentasen antecedentes previos de un evento cardiovascular relevante. Tanto en los enfermos como en sus controles se determinó variables sociodemográficas, presencia de FRCV, valores del cociente índice tobillo-brazo (ITB) y estratificación del riesgo con la ecuación de Framingham. También se registró el tiempo de evolución del LES, su actividad (SLEDAI) y tratamiento recibido. El ITB se determinó de manera no invasiva con un manguito de presión sanguínea y una sonda doppler de 5 mHz. Se consideró valores patológicos un ITB  $< 0,9$  o  $> 1,3$  de acuerdo con las recomendaciones de las principales guías.

#### RESULTADOS

Se han estudiado 13 enfermos con LES y 13 controles similares en características basales (salvo padecer LES), reclutados al azar y con su aceptación voluntaria a participar en el estudio. Todos los pacientes fueron de sexo femenino con una edad media de 48 años ( $\pm 11$ ); Presentaban diabetes el 15,38%, dislipemia 30,8%, HTA 15,38%, obesidad 30,8% y no había ninguna fumadora. El índice medio de actividad de la enfermedad (SLEDAI) fue 1,9. El 38% tomaba corticoides, el 62% hidroxiclороquina y el 23% azatioprina. En la estratificación del riesgo cardiovascular encontramos 3 pacientes de riesgo intermedio (10-20% de riesgo a 10 años de enfermedad cardiovascular) y 1 paciente de riesgo alto ( $> 20\%$  riesgo a 10 años). Se encontraron 3 (23%) pacientes con un valor de ITB  $< 0,9$ , a 7 pacientes (61,5%) con un ITB entre 0,9-1,3 y 2 pacientes (15,3%) con valores mayores a 1,3. Un diagnóstico de LES desde hace más de 10 años y la presencia de obesidad y/o diabetes se asociaron a peores cifras de ITB, aunque en nuestro estudio la diferencia no fue estadísticamente significativa.

#### CONCLUSIONES

El 38,3% tenían un valor de índice tobillo-brazo alterado. Las cifras más patológicas se asociaron a un diagnóstico de LES de más de 10 años y la presencia de obesidad y/o diabetes, pero pensamos que el escaso número de pacientes incluidos en la muestra del estudio, ha influido en obtener datos estadísticamente no significativos. El ITB es una herramienta útil que permite identificar casos que se beneficiarían de estrategias más intensivas y/o precoces.

**EV-3 CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD ARTERIAL PERIFÉRICA, TRATAMIENTOS RECIBIDOS Y EFECTOS ADVERSOS**

P. Sánchez López, B. Hernández Sierra, A. García Peña, B. Cervantes Bonet, S. Domingo Roa, C. Maldonado Úbeda, M. Martínez Soriano, F. Díez García

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

**OBJETIVOS**

La enfermedad arterial periférica (EAP) hace referencia a la aterosclerosis producida en vasos periféricos, normalmente de miembros inferiores. Da una clínica típica de frialdad, calambres y/o claudicación intermitente. Es una patología cada vez más frecuente ya que está fuertemente asociada a la edad y a factores de riesgo de cardiovascular, motivo por el que muchas veces es valorado por el internista, además de por el cirujano vascular. Un tratamiento muy utilizado en estos casos es el Cilostazol, pero posee numerosas contraindicaciones: insuficiencia cardíaca congestiva, insuficiencia renal grave, insuficiencia hepática moderada-grave, hemorragias y taquicardias. Además, se metaboliza por el citocromo P450, pudiendo interactuar con múltiples medicamentos que presentan la misma vía metabólica. El objetivo de nuestro trabajo es caracterizar los pacientes que ingresan por enfermedad arterial periférica y comprobar el adecuado uso del Cilostazol en nuestro hospital.

**MATERIAL Y MÉTODO**

Estudio descriptivo de los pacientes con enfermedad arterial periférica que ingresan en nuestro hospital, con toma habitual de cilostazol. Así mismo, analizar las características generales de estos enfermos, causas del ingreso, tratamiento recibido y comprobar la adecuada indicación terapéutica de cilostazol. Para ello se recopilaban al azar los informes de alta de pacientes con EAP durante 2 años y se analizaron los resultados con el paquete estadístico SPSS 18.

**RESULTADOS**

Se reclutaron 80 informes de alta del servicio de Cirugía Vascular y Medicina Interna. El 80,3% de los pacientes fueron hombres y el 19,7% mujeres. La edad media fue de 67,5 años. El motivo de ingreso más frecuente fue la reagudización de la isquemia crónica (50,8%) seguido de isquemia crítica (24,6%), ingreso programado para tratamiento (11,5%), infección (9%) y otras causas dispares (4,1%). Durante su ingreso, el 75,4% de los pacientes recibió tratamiento combinado (médico y quirúrgico) y el 24,6% sólo tratamiento médico. Respecto al tratamiento endovascular en estos pacientes, se realizó angioplastia (24,6%), seguido de implantación de stent (18%). Cuando se practicó tratamiento quirúrgico, en el 19,7% fue bypass y en el 8,2% amputación. Respecto a los factores de riesgo cardiovascular obtuvimos: 60,7% diabéticos, 57,4% hipertensos, 49% dislipémicos, 37,7% fumadores y 9,8% obesos. Dentro de las comorbilidades, el 18% tenía cardiopatía isquémica, 9,8% insuficiencia renal leve-moderada, 8,2% fibrilación auricular, 6,6% enfermedad cerebrovascular aguda, 6,6% ICC, 4,9% portaba marcapasos y 1,6% padecía antecedentes de úlcera péptica. Ninguno de los pacientes sufría patologías con contraindicación absoluta de cilostazol: insuficiencia renal grave o hepática moderada-grave ni antecedentes de extrasístoles ventriculares, fibrilación ventricular o hemorragias (a excepción del úlcus péptico). Los antiagregantes más prescritos fueron AAS (50,8%), clopidogrel (65,6%), doble antiagregación (32,8%) y triflusal (8,2%). Sólo uno de los pacientes recibía tratamiento anticoagulante con acenocumarol (1,6%). El 16,4% recibieron tratamiento concomitante con AINEs. No se han observado interacciones graves farmacológicas. Estos pacientes tienen al alta una media de 4,69 diagnósticos activos y una media de 8 fármacos.

**CONCLUSIONES**

Más de la mitad de los pacientes con EAP son diabéticos e hipertensos. Las comorbilidades más asociadas son cardiopatía isquémica e insuficiencia renal leve-moderada. La utilización de este fármaco se adhiere a las indicaciones de uso recomendadas en ficha técnica en la mayoría de los casos, aunque se han detectado casos en pacientes con insuficiencia cardíaca congestiva y fibrilación auricular. No hemos observado ningún tipo de interacción farmacológica grave.

## Gestión Clínica (G)

### **G-2 AUDITORÍA INTERNA SOBRE LA CALIDAD DE LOS INFORMES DE ALTA DE UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL**

S. Rodríguez Suárez, E. Montero Mateos, E. Pamiés Andreu, V. Martín Sanz, A. González Estrada, P. García Ocaña, M. Pérez Quintana, M. Ollero Baturone

*Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Virgen del Rocío. Sevilla*

#### **OBJETIVOS**

Auditoría interna para valorar la calidad de los IAH en un servicio de medicina interna de un hospital de tercer nivel en base al grado de adecuación a las recomendaciones establecidas en el consejo para la elaboración del IAH en especialidades médicas (Conthe P. et al. Med. Clín. 2010;134(11):505-510).

#### **MATERIAL Y MÉTODO**

Estudio descriptivo retrospectivo de corte transversal en que se seleccionan de forma aleatoria 300 informes de alta hospitalaria (IAH) de la historia clínica digital (HCD) de la estación clínica SIDCA. Se recoge la información de las variables incluidas en el consenso anteriormente citado. Se introducen los datos en una base de datos SPSS. Se realiza análisis descriptivo (de frecuencias).

#### **RESULTADOS**

Se produjeron 40 pérdidas por tratarse de informes de consulta. Los IAH: eran concisos el 84.6%, tenían plan de actuación expresado de forma clara el 79.6%, incluía el motivo de ingreso el 91.2%, los antecedentes personales el 91.2%, el diagnóstico principal el 99.6%, los diagnósticos secundarios el 56.2%, los procedimientos realizados el 56.9%, las complicaciones sufridas el 55.4%, el destino al alta el 93.1%, la funcionalidad del paciente 48.1%, el estado cognitivo del paciente 70%, la valoración social del paciente un 36.5%, el razonamiento clínico el 58.1%, los valores analíticos alterados el 93.5%, evitaron siglas el 44.6%, recogía el tratamiento completo de forma explícita el 80% (dosis y horario el 76.9% y el principio activo el 38.1%). En caso de que la prescripción no se adaptase a las recomendaciones no se justificó en el 20%. En el caso del subanálisis del grupo pluripatológico o de edad avanzada (mayores de 80 años) los resultados fueron superponibles a excepción de una mayor recogida de la situación cognitiva y social (76.2% y 43.2% respectivamente).

#### **CONCLUSIONES**

Los resultados no son desalentadores, siendo superponibles a lo publicado en otras series españolas (Zambrana García JL et al. Gac Sanit. 2013;27(5):450-453). Sin embargo, existen áreas de mejora en la que hemos de dirigir nuestros esfuerzos.

**G-5 DE URGENCIAS HOSPITALARIAS A LA CONSULTA DE MEDICINA INTERNA**

M. López Sánchez, M. Ruiz González, L. Muñoz Fernández, F. Báñez Sánchez,  
C. Herrero Rodríguez, F. Molina Molina

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

**OBJETIVOS**

Es conocido que la falta de coordinación entre los Servicios de Urgencias, Atención Primaria y Atención Especializada genera demora en la asistencia de los pacientes. En nuestro estudio pretendemos valorar la pertinencia de las derivaciones de los pacientes atendidos en urgencias a una consulta externa de Medicina Interna.

**MATERIAL Y MÉTODO**

Estudio descriptivo, retrospectivo en el que se analizan las características de las derivaciones desde el Servicio de Urgencias del Complejo Hospitalario de Jaén. La muestra comprende de 73 enfermos citados sucesivamente a la consulta externa de Medicina Interna en un periodo de 4 meses. Se recogen datos demográficos (edad, sexo) y datos referentes a la derivación (motivo de la misma, si era o no pertinente, Servicio que debía haber valorado al enfermo en caso de que la derivación no fuese pertinente, si precisó seguimiento o derivación a otra especialidad). Dos facultativos de Medicina Interna evaluaban la pertinencia de la derivación basándose en la clínica de cada paciente y en las pruebas aportadas por el Servicio de Urgencias.

**RESULTADOS**

La edad media de los pacientes era de 65 años, siendo el 37,5% de los enfermos mayores de 75 años, con un mayor porcentaje de mujeres (66% frente a un 33% de hombres). En más de la mitad de los casos la derivación no era pertinente (56%), siendo Atención Primaria el servicio más adecuado para valorar el enfermo en el 57% de los casos. Se debería de haber realizado ingreso hospitalario desde el Servicio de Urgencias en un 6,8% de los casos. Cabe destacar que en un 77 % de los casos los enfermos no precisaron seguimiento por parte de Medicina Interna, y precisaron de derivación a otra especialidad en el 18% de los casos, siendo derivados al alta a Atención Primaria en la mayoría de los casos (62%). Los motivos de derivación de eran muy variados, siendo los más frecuentes: estudio de anemia, lesiones dermatológicas, síncope, síndrome febril e infección respiratoria.

**DISCUSIÓN**

La optimización de los recursos existentes debe de ser la tarea inicial para la reducción de las listas de espera. En más de la mitad de las derivaciones, Atención Primaria era el servicio más apropiado para valorar y seguir al enfermo, esto supone un aumento de la lista de espera para atender las derivaciones pertinentes, siendo incluso preciso en ocasiones, llevar a cabo un ingreso hospitalario para acortar el tiempo de realización de pruebas diagnósticas. Al derivar a la consulta de Medicina Interna se debe conocer el tiempo medio de espera en el que el paciente será valorado, puesto que si nos enfrentamos a patologías de curso agudo lo más probable es que cuando el internista lo valore no presente clínica. Un aspecto positivo a destacar es el hecho de que los pacientes procedentes de urgencias aportaban informes clínicos y pruebas complementarias en todos los casos, lo que favorecía la rapidez del proceso diagnóstico y terapéutico, haciendo posible que la mayoría de los casos se resolvieran en un acto único. Cuando la derivación no es pertinente y el internista necesita llevar a cabo otra derivación a otra especialidad más adecuada, se alarga aún más el proceso diagnóstico.

**CONCLUSIONES**

La falta de protocolos de derivación a atención especializada conduce a una sobreutilización de los mismos con el consiguiente aumento de la lista de espera, lo que supone una importante desventaja. Creemos necesaria la adecuada priorización de la derivación según patologías para mejorar la calidad asistencial, así como una correcta derivación al servicio idóneo evitando sucesivas consultas en atención especializada que impliquen un retraso en la valoración, el diagnóstico y el tratamiento.

## Enfermedades Infecciosas (I)

### I-3 SÍFILIS. UNA ENFERMEDAD MUY PREVALENTE EN EL ÁREA SANITARIA NORTE DE JAÉN. ESTUDIO 2013-2014

J. Gutiérrez Zafra<sup>1</sup>, M. Romero Ferreira<sup>1</sup>, M. Gómez Olmedo<sup>2</sup>, R. Gato Morais<sup>1</sup>,  
M. Gómez Rodríguez<sup>1</sup>, J. Sampedro Villasán<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Medicina Preventiva. Hospital Comarcal San Agustín. Linares (Jaén)

#### OBJETIVOS

Las infecciones de transmisión sexual(ETS) son un importante problema de Salud Pública tanto por su morbilidad como por sus complicaciones y secuelas si no se realiza un diagnóstico y tratamiento precoz, existiendo en muchos casos una fuerte interrelación con la infección por el VIH. Se ha podido apreciar en los últimos años un incremento en los casos de sífilis notificados en toda España. En esta comunicación presentamos una descripción de los nuevos diagnósticos de sífilis identificados desde 2013 hasta la actualidad en nuestra Área Hospitalaria con los siguientes objetivos: 1)Monitorizar las tendencias de casos de sífilis(aumento de número de casos). 2)Características de los nuevos diagnósticos. 3)Analizar las circunstancias en las que se producen estos diagnósticos.

#### MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo de los casos de Sífilis notificados desde Enero 2013 hasta la actualidad.

#### RESULTADOS

Número de casos:26. El 61.5% casos diagnosticados en 2013, el 38.5% en 2014(Enero-Abril).Edad media: 40.3 años. Sexo: 92.3% varones, 7.7% mujeres. Factores de riesgo sexual:69.2% relaciones heterosexuales, 30.8% homosexuales(todos varones). 7.6% la pareja estaba afectada.19.2% presentan otras ETS(60% VIH, 40% VHB). Comorbilidades asociada: 53.84% no presenta, 46.16% si presentan (la más frecuentes 25% broncopatía, 25% Diabetes). Manifestaciones clínicas:30.7% asintomáticos(hallazgo casual en analítica), 26.9% síntomas genitourinarios(chancro),19.2% síntomas cutáneos, 11.5% estudio deterioro cognitivo(todos ellos con RPR negativa en LCR), 11.5% otros síntomas. Fase de diagnóstico de sífilis:38.4% Primaria,38.4% Secundaria, 23.2% fase latencia tardía. Servicios en los que se realiza el diagnóstico: Atención Primaria(38.4%), Medicina Interna(38.4%), Dermatología(11.5%), otros(11.7%).100% de los casos son diagnosticados por Serología(100% presentan positivas pruebas específicas, 76.8% presentan positivas pruebas reaginicas). Todos los pacientes en fase latencia precoz presentan RPR negativa. 100% de los casos fueron Declarados por Medicina Preventiva. Tratamiento realizado: dosis única de Penicilina 34.6%, dosis semanal 2.4 mil/ui/semana 3 dosis 46.1%, no se conoce/no realizado 15.3%.Seguimiento: realizado 61.5%(93.7% curación, 6.3% retratamiento:1 caso), No seguimiento/no se conoce:38.4%.

#### DISCUSIÓN

Los nuevos diagnósticos de sífilis en nuestra Área se presentan principalmente en hombres con relaciones heterosexuales como mecanismo de transmisión más frecuente. La mayor parte de los nuevos casos son realizados en individuos asintomáticos en los que se ha realizado Serología. Unos de cada 5 diagnósticos de sífilis presenta además otras ETS, siendo la coinfección VIH-sífilis la más frecuente. Existe en los primeros meses del 2014 un aumento de números de casos de sífilis notificados respecto al 2013, representado el 40% de los casos de este estudio.

#### CONCLUSIONES

Los casos declarados de sífilis están aumentando en España (en general en toda Europa) desde 2004.La pérdida del miedo a contraer la infección por el VIH(debido al aumento de la supervivencia y a la calidad de vida debido a los nuevos tratamientos) y la falta de uso del preservativo están detrás de este aumento. El pronto reconocimiento de los síntomas, las estrategias para la detección de casos asintomáticos, la exactitud en la determinación del estadio de la enfermedad, el tratamiento y seguimiento adecuados y la reducción de los conductas de riesgo por medio campañas de concienciación son las claves para la prevención y manejo de la sífilis.

**I-5 EL NT-PROBNP COMO PREDICTOR DE MORTALIDAD A TENER EN CUENTA EN LA ENDOCARDITIS INFECCIOSA**

A. Del Río Lechuga<sup>1</sup>, P. Rubio Marín<sup>2</sup>, S. Gamaza Chulián<sup>1</sup>, J. Barcala Salido<sup>2</sup>,

P. Villanueva Rodríguez<sup>2</sup>, S. López Cárdenas<sup>2</sup>, J. Sevilla Blanco<sup>2</sup>, A. Michán Doña<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Cardiología, <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital General de Jerez de la Frontera. Jerez de la Frontera (Cádiz)

**OBJETIVOS**

Valorar si el NT pro-BNP tiene valor como predictor de mortalidad intrahospitalaria en los pacientes con endocarditis infecciosa y así incluir este parámetro en la analítica solicitada por el médico de urgencias para mejorar el conocimiento pronóstico de esta entidad.

**MATERIAL Y MÉTODO**

Se realiza un estudio retrospectivo de los 49 casos de endocarditis infecciosa en pacientes que fueron ingresados durante los años 2007 y 2012 en el Hospital de Jerez en los que fueron valoradas diferentes variables entre las cuales se encontraba la edad, sexo, válvula cardiaca afectada, microorganismo implicado, parámetros analíticos (entre ellos el NT-proBNP) intervención terapéutica (médica o quirúrgica) y mortalidad. Analizamos los datos con el programa estadístico SPSS 20 Statistics.

**RESULTADOS**

De los 49 casos analizados, solo 38 cumplía con los criterios de Duke (78%). 21 eran hombres (55.3%) y la edad media estaba comprendida entre 62.8±16.03 años. La mortalidad, tomada como suceso primario de nuestro estudio, fue del 31.6% (n=12). La válvula mitral fue la más afectada (47.4%), y la infección por *Staphylococcus* spp. la más frecuente (50%). Al inicio de la enfermedad, como factores predictores de mortalidad estadísticamente significativos se encontraron: la PCR con valores >10 mg/dl (p<0.01), leucocitosis (p<0.01), neutrofilia (p<0.001), síndrome confusional (p<0.012), insuficiencia renal crónica (p<0.01) y niveles de NT-pro-BNP>2000pg/ml (p<0.002).

**DISCUSIÓN**

La endocarditis infecciosa es una enfermedad fatal si no es diagnosticada y tratada de forma precoz. Varios son los predictores de mortalidad asociados a esta entidad. Su valoración y mejor conocimiento puede influir en la forma de abordar esta enfermedad desde el inicio con un diagnóstico y tratamientos tempranos.

**CONCLUSIONES**

Nuestro estudio encontró una relación significativa entre varios parámetros analíticos y entidades clínicas con el aumento de mortalidad intrahospitalaria por endocarditis infecciosa. Entre ellos se encontraban la leucocitosis, neutrofilia, PCR elevada, la insuficiencia renal crónica y los niveles de NT-pro-BNP superiores a 2000pg/ml. Ante estos hallazgos, quizás sería de utilidad, incluir el NT-proBNP en la primera analítica de urgencias ante la presencia de sospecha de endocarditis infecciosa para así mejorar el conocimiento pronóstico de esta enfermedad.



## I-6 NEUMONÍAS EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO. ¿CONSEGUIMOS UN DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO?

M. Amaya González, A. Del Canto Pérez, M. González Benítez, F. Cabello Rueda, A. Ruiz Cantero  
*Servicio de Medicina Interna. Hospital de la Serranía. Ronda (Málaga)*

### OBJETIVOS

Evaluar el diagnóstico etiológico y mortalidad en pacientes dados de alta por neumonía en el año 2013.

### MATERIAL Y MÉTODO

Análisis bruto y descriptivo de los informes de alta durante el año 2013 con diagnóstico principal o secundario de Neumonía. Variables de estudio: Presencia de neumonía, número de pacientes, edad, sexo, realización o no de hemocultivos y serología, aislamiento de germen y fallecimiento. Cálculo de medias, porcentajes y chi-cuadrado.

### RESULTADOS

Se obtuvieron 203 episodios de alta, correspondientes a 203 pacientes, 128 (63.05%) hombres y 75 (39.94%) mujeres. Edad media 74.24 años, varones 73.48 y mujeres 75.53. De los 203 casos se realizaron 37 hemocultivos, de los cuales se obtuvo aislamiento bacteriano en 17 (8.5%), en hombres 13 (10.4%) y 4 en mujeres (5.3%), no aislamiento en 20 casos (10%), en hombres 12 (9.6%) y 8 en mujeres (10.7%) y no se realizó hemocultivo en 161 pacientes (80.5%), 99 en varones (79.2%) y 62 en mujeres (82.7%). Se realizó serología en 60 casos, siendo positiva en 9 (4.4%), 8 en varones (6.3%) y 1 en mujeres (1.3%), y negativa en 51 (25.1%), 30 varones (23.4%) y 21 en mujeres (28%). No se realizó serología en 141 pacientes (69.5%), 88 en varones (68.8%) y 53 en mujeres (70.7%). Hubo 39 fallecimientos, 4 tenían realizado hemocultivo, y 8 serología. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto al sexo en ambos grupos ( $p=0,467$ ).

### CONCLUSIONES

1) La edad media es aproximadamente de 75 años. 2) Más frecuente en varones. 3) En pocos casos se consigue un diagnóstico etiológico porque realizamos escasamente técnicas bacteriológicas y serológicas. 4) Alta rentabilidad de los hemocultivos y baja de la serología. 5) Mortalidad casi del 20%.

### BIBLIOGRAFÍA

- *Neumonía adquirida en la comunidad. Nueva normativa de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR)*. Rosario Menéndez, Antoni Torres, Javier Aspa, Alberto Capelastegui, Cristina Prat, Felipe Rodríguez de Castro. *Arch Bronconeumol*. 2010; 46 (10): 543–558

**I-7 ACINETOBACTER BAUMANNII EN UN HOSPITAL DE LARGA ESTANCIA**

C. García Redecillas, M. García Gómez, F. Jódar Morente, M. Manjón Rodríguez, F. Molina Molina  
*Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Doctor Sagaz. Jaén*

**OBJETIVOS**

Describir las características epidemiológicas del aislamiento de *Acinetobacter Baumannii*.

**MATERIAL Y MÉTODO**

Estudio observacional retrospectivo. Se incluyeron aquellos pacientes que presentaron aislamiento de *Acinetobacter Baumannii* entre Enero de 2013 hasta Diciembre de 2013 y que estaban ingresados en la Unidad de Larga Estancia del Hospital Dr. Sagaz de Jaén. Las variables analizadas fueron motivo de ingreso, estancia en UCI, procedimientos respiratorios invasivos, tipo de muestra y resultados de antibiograma. Se realizó un análisis con el programa estadístico SPSS 21.00.

**RESULTADOS**

Un total de 10 pacientes se incluyeron en nuestro estudio. La edad media de los pacientes fue de 52,7 años siendo varones el 60%, los motivos de ingreso fueron: neurotrauma grave o ictus (33,3%), cardiovascular (22,2%), respiratorio (22,2%), sepsis o shock (11,1 %) y otras causas (22,2 %). El 60% de los casos estuvieron en UCI al menos 24 horas. De éstos, el 100% precisaron de VMI. De todos los aislamientos, el 50% se aisló en orina, el 30% en piel y el 10% en respiratorio. Mostraron no ser sensibles a carbapenémicos el 50%, aislándose un caso de no sensibilidad a colistina.

**DISCUSIÓN**

Cada vez con más frecuencia recibimos pacientes en los que, por un motivo u otro, se ha detectado la presencia de *Acinetobacter Baumannii*. El aumento de requerimientos de cuidados, la necesidad de aislamiento de contacto para evitar su propagación, su tendencia a cronificación y las dificultades inherentes para adecuar la asistencia ambulatoria posterior de estos paciente hacen que el conocimiento por parte del clínico de las características de la infección y colonización de este microorganismo en nuestro medio sea necesario.

**CONCLUSIONES**

-Nuestros resultados no difieren de los obtenidos en otros estudios. Las infecciones por *A. baumannii* ocurren preferentemente en pacientes graves. Llama la atención, sin embargo, que al menos un 40% de los aislamientos ocurran en pacientes que no han tenido paso por UCI. Por ello es necesario extremar las medidas preventivas y aumentar la formación tanto de los profesionales como de pacientes y familiares. -El aislamiento fue mayoritariamente multiresistente con un 50% de no sensibilidad a carbapenémicos, por lo que deberíamos replantearnos el uso de éstos como tratamiento de elección. -Aunque el número de casos estudiado sea pequeño, resulta preocupante la presencia de al menos un caso de resistencia a colistina, siendo ésta habitualmente el recurso terapéutico último empleado en su tratamiento. -Resulta llamativo que la mayoría de aislamientos ocurran en muestras de orina, por lo que es preciso extremar las precauciones, al ser una zona de alta manipulación y yatrogenia por sondaje

**BIBLIOGRAFÍA**

- Howard A, O'Donoghue M, Feeney A, Sleator RD. *Acinetobacter baumannii*. An emerging opportunistic pathogen. *Virulence*. 2012; 3:3, 243 – 250

## I-8 PALUDISMO: EXPERIENCIA EN EL COMPLEJO HOSPITALARIO DE JAÉN

A. Campos Calero<sup>1</sup>, M. López Sánchez<sup>1</sup>, C. Herrero Rodríguez<sup>1</sup>, G. Duro Ruiz<sup>2</sup>, I. Gea Lazaro<sup>2</sup>, A. Arroyo Nieto<sup>2</sup>, M. Omar Mohamed-Balghata<sup>2</sup>, R. Martínez Noguerras<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>UGC Infecciosas, <sup>3</sup>UGC Preventiva. Complejo Hospitalario de Jaén. Jaén

### OBJETIVOS

Describir las características epidemiológicas, clínicas y evolutivas de los casos de paludismo atendidos en el complejo hospitalario de Jaén (CHJ) en los últimos ocho meses, comparándolos con los casos atendidos durante el periodo 2000-2007, objetivo de un estudio anterior.

### MATERIAL Y MÉTODO

Estudio retrospectivo descriptivo de los casos de paludismo atendidos en nuestro hospital desde el 1 de septiembre de 2013 al 30 de abril del 2014. Se analizaron las siguientes variables: edad, sexo, origen, datos clínicos y analíticos, diagnóstico, tratamiento y evolución. Se compararon con los datos obtenidos en un estudio similar, realizado en nuestro centro durante el periodo de enero del 2000 a diciembre del 2007.

### RESULTADOS

Se diagnosticaron 4 casos de paludismo en los últimos ocho meses, frente a los 7 casos recogidos en el periodo 2000-2007. La edad media fue de 29 años con un predominio del sexo masculino (100%), en contraposición con el periodo anterior en que existió un claro predominio de mujeres (85%). Sólo uno de los casos ocurrió en un paciente de nacionalidad española. La infección se produjo en todos los casos durante un viaje a una zona endémica sin la adecuada profilaxis. No existieron diferencias entre los dos periodos en la presentación clínica y analítica: el 100% de los casos presentaron fiebre e ictericia, se detectó hepatoesplenomegalia en el 75%, trombocitopenia en el 100% (con cifras inferiores a 50.000 en el 75% de ellos) y anemia en el 75% (en ningún caso inferior a 8 g/dl). El diagnóstico se obtuvo en la totalidad de los episodios por gota gruesa y/o frotis de sangre periférica. La especie más aislada fue *Plasmodium falciparum* en dos casos, *Plasmodium vivax* en un caso e indeterminada en el restante. En el período anterior también predominó *P.falciparum* (50%). Si existieron diferencias claras en cuanto al tratamiento instaurado, ya que en el periodo 2000-2007 el 71% de los pacientes recibieron quinina-doxiclina, mientras que en el periodo 2013-2014 el tratamiento preferido fue dihidroartemisinina-piperaquina. No hubo diferencia en la estancia media (una semana) y en el pronóstico (ningún fallecimiento).

### DISCUSIÓN

En los países desarrollados la afluencia de inmigrantes procedentes de áreas endémicas de paludismo (sobretudo África subsahariana) y el aumento de viajeros nacionales a dichas áreas ha provocado un incremento de esta enfermedad, que no está exenta de complicaciones graves o muerte (sobre todo en casos por *Plasmodium falciparum*). En nuestro centro hemos observado un aumento en la incidencia de casos de paludismo, sin evidenciarse cambios importantes en la presentación clínica, analítica y pronóstico. Si ha existido una modificación del tratamiento de acuerdo a las actuales guías de práctica clínica.

### CONCLUSIONES

1- Aumento de la incidencia de paludismo en nuestro centro. 2- Ante todo cuadro de fiebre, hepatoesplenomegalia, trombocitopenia e ictericia en un inmigrante o viajero, debemos sospechar malaria. 3- Los regímenes basados en artemisininas (concretamente dihidroartemisinina-piperaquina) o la asociación atovacuoa-proguanil son preferibles a los basados en quinina, dada su mayor tolerancia y mayor rapidez de acción.

### BIBLIOGRAFÍA

- *Who Library Cataloguing-in-publication data. Guidelines for the treatment of malaria. 2nd edition. World Health Organization, Geneva, Switzerland 2010.*

**I-9 ANÁLISIS DE LA ADECUACIÓN DE LA ANTIBIOTERAPIA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS**

M. Esteban Moreno, S. Domingo Roa, M. Martínez Soriano, C. Maldonado Úbeda,  
B. Hernández Sierra, A. García Peña, M. Gálvez Contreras, L. Díez García  
*Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Torrecárdenas. Almería*

**OBJETIVOS**

Los antimicrobianos son fármacos con una gran eficacia en la reducción de morbilidad y mortalidad. Con la creciente aparición de resistencias microbianas se ha convertido en una necesidad urgente implantar medidas para el uso correcto de los antibióticos disponibles. Nuestro objetivo fue analizar el tratamiento antibiótico en los pacientes hospitalizados en el servicio de Medicina Interna del hospital Torrecárdenas de Almería, así como la adecuación del mismo.

**MATERIAL Y MÉTODO**

Realizamos un estudio trasversal analizando el tratamiento antibiótico en los pacientes hospitalizados. De un total de 112 pacientes hospitalizados, 74 pacientes tenían tratamiento antibiótico. Analizamos variables clínicas y epidemiológicas en estos pacientes así como la adecuación del tratamiento antibiótico. Los datos fueron analizados mediante el programa estadístico SSPS 19.0.

**RESULTADOS**

Se obtuvo una muestra de 74 pacientes con tratamiento antibiótico durante el ingreso hospitalario con una edad media de  $74 \pm 5$  años. El 84% de los pacientes tenían más de 65 años. 34 mujeres (46%) y 40 hombres (54%). En cuanto al diagnóstico de estos pacientes: 10 pacientes tenían una infección del tracto urinario (13%), 51 pacientes (69%) tenían diagnóstico de neumonía (englobando origen comunitario, nosocomial y broncoaspirativa) y 8 pacientes otros diagnósticos (11%) entre los que encontramos colitis pseudomembranosa, abscesos hepáticos, etc. Encontramos que el 7% de los pacientes no tenían evidencia clínica de proceso infeccioso pero tenía tratamiento antibiótico pautado. El grupo antibiótico mayoritario fue el de los B-Lactámicos (55 pacientes; 74%). 18 pacientes tenían pautados más de 2 antibióticos (24%) sólo justificado en 6 casos (33%). Además encontramos que en 12 pacientes (16%) la duración del tratamiento antibiótico fue superior a 7 días, solo justificado en 2 casos (16%) en los que el diagnóstico fue neumonía por SAMR y absceso hepático por *Klebsiella pneumoniae*. De los pacientes estudiados, en el 62% (46 pacientes) se solicitaron cultivos para estudio microbiológico de los que se obtuvo un resultado positivo en el 39% (18 pacientes). Se aislaron en su mayoría bacilos gran negativos (12 pacientes; 66%), seguidos de gram positivos (3 pacientes; 17%). Entre los BGN encontramos *Klebsiella pneumoniae* en 10 pacientes y *Pseudomonas aeruginosa* en 2 pacientes. De forma global, analizando variables clínicas y microbiológicas, encontramos que en el 37% de los pacientes el uso del tratamiento antibiótico pautado no era el adecuado.

**CONCLUSIONES**

Por los motivos anteriormente expuestos se hace indispensable el uso adecuado y la optimización del tratamiento antimicrobiano (tanto en dosis como en duración del mismo). En nuestro estudio evidenciamos un alto porcentaje de uso inadecuado además de la escasa rentabilidad de los cultivos microbiológicos. Es necesario trabajar en este sentido para concienciar a todo el personal médico de la necesidad de extracción de cultivos antes de iniciar el tratamiento (para así aumentar la rentabilidad de los mismos) y optimizar el tratamiento (tanto empírico como dirigido) teniendo en cuenta la flora local de cada hospital.

## I-10 INFECCIONES URINARIAS EN PACIENTES INGRESADOS EN HOSPITAL DE LARGA ESTANCIA CON INGRESO PREVIO EN UCI

M. Manjón Rodríguez, F. Jódar Morente, J. García Gómez  
*Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario de Jaén. Jaén*

### OBJETIVOS

Analizar los gérmenes productores de ITU en pacientes ingresados en un hospital de larga estancia que procedían de UCI y ver si existen diferencias con los aislados en pacientes que no procedían de esta.

### MATERIAL Y MÉTODO

Estudio observacional descriptivo retrospectivo de cultivos de orina en pacientes de infección del tracto urinario ingresados en un hospital de larga estancia durante el periodo enero-diciembre 2013. Obteniendo un total de 60 pacientes de los cuales 14 habían estado ingresados en UCI y 46 no. Se excluyeron los pacientes que tenían ITU pero no tenían cultivo o no se conocía su procedencia. Se realizó el análisis estadístico con el programa estadístico SPSS 21.00.

### RESULTADOS

Se obtuvieron los siguientes resultados entre los pacientes que no habían estado en UCI se aislaron infecciones del tracto urinario un 47.8 % E.Coli, 23,9 % Enterococo, 8,69 Klebsiella, 6,5 % Proteus, 2,17% acinetobacter y 2,17% Pseudomona. Y entre los pacientes que habían estado ingresados en UCI en un 35,7% de los cultivos se aisló Proteus, en un 21,4% Klebsiella, un 14,28% Acinetobacter, un 14,28% Enterococo, un 7,14% E.Coli y 7,14% Pseudomona.

### CONCLUSIONES

Se observa en nuestro estudio una diferencia entre las frecuencias de aparición de los gérmenes en pacientes que previamente habían estado en UCI con los que no. Ya que en comparación de los pacientes de una planta de hospital los pacientes de UCI tienen más comorbilidades crónicas y las alteraciones fisiológicas agudas son más graves. Además existe una alta frecuencia de pacientes con sondaje urinario lo cual es una puerta de entrada para microorganismos (el 80-90% de ITU se asocia a sondaje urinario en UCI) La inmunodepresión asociada a la estancia en UCI se ha asociado a un aislamiento mayor en estos pacientes de gérmenes tales como enterobacterias, Pseudomona, Enterococo y acinetobacter.

### BIBLIOGRAFÍA

- *Epidemiología y prevención de infecciones y de las resistencias a antibióticos en las unidades de cuidados intensivos. UPTODATE*
- *Estudio epidemiológico de la infección nosocomial en el servicio de cuidados intensivos del hospital universitario de Canarias. Consuelo Revert Girones. 2005*
- *Vidal Verdu E., Lama Herrera C., Barros Rubio C. Actualización del documento de consenso sobre infecciones del tracto urinario. Vol. 13, suplemento 1. 2012*

**I-11 INFECCIÓN URINARIA EN PACIENTES DE UN HOSPITAL DE LARGA ESTANCIA CON SONDAJE URINARIO**

M. Manjón Rodríguez, F. Jódar Morente, C. García Redecillas  
*Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario de Jaén. Jaén*

**OBJETIVOS**

Describir la etiología de las ITUs en pacientes con sondaje urinario y la frecuencia de infecciones por microorganismos resistentes productores de B-lactamasas.

**MATERIAL Y MÉTODO**

Estudio observacional descriptivo retrospectivo de cultivos de orina en pacientes diagnosticados de infección del tracto urinario ingresados en un hospital de larga estancia durante el periodo enero-diciembre 2013. Obteniendo un total de 77 pacientes de los cuales 49 estaban sondados. Se excluyeron los pacientes que tenían ITU pero no tenían cultivo y los pacientes sin sonda urinaria. Se realizó el análisis estadístico con el programa estadístico SPSS 21.00.

**RESULTADOS**

Del total de pacientes recogidos en el estudio 77, el 63.3% (n=49) estaban sondados. De los pacientes sondados se aislaron 34,7% E.Coli, 26% Enterococo, 10% Klebsiella, 8% Proteus, 6,12% pseudomona aeruginosa, acinetobacter y estafilococo y sólo un 2% infección por cándida. Además se recogieron las resistencias a penicilina en los antibiogramas de los cultivos donde se observó 28 microorganismos productores de B-lactamasas de los 49. 10 fueron E.Coli, 8 Enterococo, 4 Klebsiella, 2 acinetobacter, 2 pseudomona y 1 Proteus.

**CONCLUSIONES**

El sondaje vesical es un factor de riesgo importante para sufrir una infección de tracto urinario, ya que se alteran los mecanismos inespecíficos de defensa; de nuestros pacientes con ITU el 63,3% eran portadores de sonda urinaria. -Existe un aumento de frecuencia en pacientes sondados de infecciones por microorganismos multiresistentes productores de BLEE siendo en nuestra muestra 57,14%. -El microorganismo más frecuentemente aislado en pacientes sondados sigue siendo E. Coli (34,7%) de los cuales más de la mitad eran BLEE. -Nuestro estudio recogió como microorganismos más prevalentes E. Coli, Klebsiella, Proteus y Enterococo; dato que concuerda con lo descrito en la literatura.

**BIBLIOGRAFÍA**

- *Infecciones urinarias asociadas a catéter vesical, UPTODATE*
- *Andreu A. Infección del tracto urinario. 2013*
- *Vidal Verdu E., Lama Herrera C., Barros Rubio C. Actualización del documento de consenso sobre infecciones del tracto urinario. Vol. 13, suplemento 1. 2012*

## I-12 INFECCIÓN URINARIA NOSOCOMIAL EN UN HOSPITAL DE LARGA ESTANCIA

C. García Redecillas, M. García Gómez, M. Manjón Rodríguez, F. Jódar Morente, F. Molina Molina  
*Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Doctor Sagaz. Jaén*

### OBJETIVOS

Determinar las características de los pacientes que presentan infección durante su ingreso en una Unidad de Larga Estancia de Medicina Interna.

### MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo retrospectivo. Se realizó una revisión de las historias clínicas y pruebas complementarias de los pacientes diagnosticados de infección urinaria nosocomial en la Unidad de Larga Estancia del Hospital Dr. Sagaz de Jaén en el periodo comprendido entre Enero y Diciembre 2013. Finalmente se incluyeron aquellos casos en los que hubo aislamiento microbiológico. Variables que se recogieron: edad, sexo, utilización de sondaje, resultado de cultivo y de antibiograma, comorbilidad asociada, motivo de ingreso, datos analíticos como hemograma, VSG, PCR, LDH y niveles de proteínas totales. Se realizó un análisis con el programa estadístico SPSS 21.00.

### RESULTADOS

Un total de 77 pacientes se incluyeron en el estudio con una edad media de 67,38 años predominando el sexo masculino, en el 88% de los casos estaban sondados al diagnóstico. En más de la mitad de los casos los pacientes eran hipertensos y habían presentado un accidente isquémico cerebrovascular agudo, siendo ésta la causa del ingreso en un 52% de los casos. 20 pacientes procedían de una unidad de cuidados intensivos. El microorganismo aislado con mayor frecuencia fue E.Coli (37,5%), seguido de enterococcus (21.9%), y de Proteus 8 (12,5%). Según el antibiograma, independiente del microorganismo aislado, existían resistencias a penicilina en el 47% de los casos, a quinolonas 58%, a aminoglucósidos 46%, a cefalosporinas 33% y a cloxacilina 20%.

### DISCUSIÓN

Nuestro hospital de crónicos, con separación geográfica, enfermos con una elevada tasa de morbilidad, larga estancia hospitalaria, institucionalizados, inmunodeprimidos, con múltiples tratamientos empíricos previos y pasos por unidades de cuidados intensivos hace sospechar que su flora microbiana sea característica y diferenciada. La infección urinaria tiene una alta prevalencia en él y, en un estadio inicial, su sospecha clínica induce a aplicar un tratamiento antibiótico empírico mientras se espera la confirmación microbiológica definitiva. Conocer nuestro perfil de uropatógenos y su espectro de sensibilidades nos permitirá adaptar las recomendaciones de las guías clínicas y hacer que este tratamiento empírico sea eficaz y seguro.

### CONCLUSIONES

-En nuestro medio, la presencia de patología vascular cerebral se asocia a una alta tasa de infección urinaria. -No existe una preeminencia clara de ningún uropatógeno. -Como era de esperar, hay una alta tasa de resistencias que dificulta la elección de dicho tratamiento empírico. -El uso de quinolonas, habituales en tratamiento empírico y recomendadas por las guías clínicas, no está justificado como tratamiento empírico en nuestro medio. -Con los datos obtenidos, no podemos establecer recomendación eficaz sobre el tratamiento empírico inicial, por ello creemos necesaria la realización de urocultivo previo al inicio del tratamiento.

### BIBLIOGRAFÍA

- Pignatelli C. *Infecciones del tracto urinario nosocomiales. Enferm Infecc Microbiol Clin. 2013.*
- Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud pública e Higiene. *Estudio de prevalencia de las infecciones nosocomiales en España. ESTUDIO EPINE-EPPS 2013*

## Enfermedades Infecciosas/ HIV (I/H)

### I/H-1 CAMBIO EN LAS CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE LA NEUMONÍA POR PNEUMOCYSTIS EN PACIENTES CON VIH EN ESPAÑA EN LA ÚLTIMA DÉCADA

E. Pereira Díaz<sup>1</sup>, A. García López<sup>2</sup>, M. Martínez-Risquez<sup>1</sup>, F. Ruiz Ruiz<sup>1</sup>, R. García Contreras<sup>1</sup>, J. Guerrero Durán<sup>3</sup>, E. Calderón-Sandubete<sup>1</sup>, F. Medrano Ortega<sup>1</sup>

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

<sup>2</sup>Centro de Salud de Cala. Distrito Sanitario de Atención Primaria de Aljarafe. Sevilla <sup>3</sup>Centro de Documentación Clínica. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

#### OBJETIVOS

La neumonía por *Pneumocystis jirovecii* (PcP) continúa siendo la infección oportunista más frecuente en pacientes con infección por VIH. En un estudio reciente realizado en el Sistema Nacional de Salud Inglés se ha registrado un incremento anual del 9% en los ingresos por PcP entre 2000 y 2010 (Emerg Infect Dis 2013;19:386-92) aunque se desconoce si este fenómeno es extrapolable en nuestro medio. El objetivo de nuestro estudio fue conocer la incidencia y características epidemiológicas de la PcP en pacientes con infección por VIH en España en la última década.

#### MATERIAL Y MÉTODO

Se identificaron en la Base de Datos del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) a los pacientes hospitalizados con el código CIE-9-MC indicativo de infección por *P. jirovecii* (136.3) en el Sistema Nacional de Salud entre 2003 y 2012. En los registros identificados se analizaron para cada año del periodo de estudio las siguientes variables: edad media, estancia media, media de peso GDR (grupos relacionados con el diagnóstico), coste medio del episodio y reingresos en los 30 días posteriores al alta. Para evaluar las diferencias interanuales se realizó un análisis de regresión lineal utilizando el paquete estadístico IBM SPSS versión 19.

#### RESULTADOS

Durante el periodo de estudio se registraron un total de 7527 casos de PcP en pacientes con infección por VIH. Globalmente en el periodo de estudio la edad media de los pacientes fue de 41,18 años, la estancia media de 21,55 días, el peso medio de 2,465, el coste medio atribuible a cada episodio de 10070 euros y la tasa media de reingresos del 11,18 %. En la tabla se muestra la evolución anual de las diferentes variables durante el periodo de estudio.

#### CONCLUSIONES

1. En España durante la última década se ha producido un descenso significativo en la incidencia de PcP en pacientes con infección por VIH. 2. Indicadores intermedios relacionados con el manejo de esta enfermedad como la estancia media y la tasa de reingresos permanecen sin cambios durante el periodo de estudio. 3. Se ha observado un incremento en el coste medio de los episodios de hospitalización que no se relaciona con un aumento de la complejidad de los pacientes ni con una mayor duración del ingreso hospitalario.



Tabla. GDR, grupos relacionados con el diagnóstico; \*en los 30 días posteriores al alta;  
\*\*regresión lineal (I/H-1)

| AÑO                        | N               | Estancia media (años) | Estancia media (días) | Peso medio GDR | Coste del episodio (euros) | Reingresos*    |
|----------------------------|-----------------|-----------------------|-----------------------|----------------|----------------------------|----------------|
| 2003                       | 942             | 39,50                 | 20,44                 | 2,641          | 8333                       | 12,85          |
| 2004                       | 867             | 40,02                 | 20,44                 | 2,628          | 8882                       | 10,96          |
| 2005                       | 831             | 40,58                 | 20,21                 | 2,195          | 7678                       | 12,39          |
| 2006                       | 786             | 40,46                 | 21,48                 | 2,442          | 8938                       | 11,58          |
| 2007                       | 755             | 40,65                 | 23,14                 | 2,511          | 9580                       | 9,80           |
| 2008                       | 714             | 41,39                 | 20,91                 | 2,504          | 10416                      | 9,80           |
| 2009                       | 729             | 41,78                 | 22,68                 | 2,619          | 10979                      | 11,80          |
| 2010                       | 641             | 42,38                 | 23,65                 | 2,314          | 11383                      | 10,30          |
| 2011                       | 628             | 42,34                 | 21,69                 | 2,414          | 12160                      | 11,31          |
| 2012                       | 634             | 42,66                 | 20,90                 | 2,384          | 12358                      | 11,04          |
| <b>Media</b><br><b>p**</b> | 752,7<br><0,001 | 41,18<br><0,001       | 21,55<br>0,166        | 2,465<br>0,337 | 10070<br><0,001            | 11,18<br>0,223 |

## Insuficiencia Cardíaca (IC)

### IC-2 HIPOALBUMINEMIA E HIPOCOLESTEROLEMIA AUMENTAN LA MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA EN PACIENTES MAYORES DE 70 AÑOS INGRESADOS POR INSUFICIENCIA CARDIACA AGUDA

E. Ramiro Ortega, C. Porras Arboledas, M. Chaves Peláez, Z. Santos Moyano, A. Gámez López, J. Bonilla Palomas, C. López Ibáñez, A. Villar Raez

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital San Juan de la Cruz. Úbeda (Jaén)

#### OBJETIVOS

La insuficiencia cardíaca (IC) es una enfermedad prevalente con elevada morbimortalidad que se incrementa con la edad; sin embargo, existen ciertas lagunas en torno a la mortalidad intrahospitalaria. El objetivo de nuestro estudio es analizar los predictores de mortalidad intrahospitalaria en pacientes mayores de 70 años ingresados por IC aguda.

#### MATERIAL Y MÉTODO

Para la realización de este estudio se determinaron variables demográficas, ecocardiográficas, clínicas y analíticas en pacientes mayores de 70 años ingresados consecutivamente por IC aguda en un período de 2.5 años. Para valorar la asociación entre estas variables con la mortalidad intrahospitalaria se empleó una regresión logística múltiple.

#### RESULTADOS

El total de pacientes analizados fue 268 pacientes, en los cuáles la edad media fue  $79.4 \pm 5.6$ . El 55% fueron mujeres. El 51% de ellos presentaba una función sistólica deprimida ( $FEVI < 50\%$ ). La etiología más frecuente fue la isquémica (42%). Durante el ingreso 25 pacientes (9.3%) fallecieron. De las variables estudiadas se asociaron de manera independiente a la mortalidad intrahospitalaria: la creatinina sérica (OR: 2.7; IC: 95%: 1.6-4.4;  $p < 0.001$ ), el colesterol total (OR: 0.98; IC 95%: 0.97- 0.99;  $p < 0.008$ ) y albúmina sérica (OR: 0.2; IC 95% 0.06-0.63;  $p < 0.006$ ). Especificidad 98.7%, área bajo la curva ROC 0.85 (IC 95%: 0.78-0.93).

#### CONCLUSIONES

En nuestra serie cifras menores de albuminemia, colesterolemia y mayores de creatinina fueron los únicos predictores independientes de la mortalidad intrahospitalaria en pacientes mayores de 70 años con IC aguda.

## IC-3 LA CARDIOPATÍA ISQUÉMICA EN LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA DE LA COMARCA DE LA AXARQUÍA

L. Pérez Belmonte, J. Osuna Sánchez, F. Zafra Sánchez, J. Pérez Díaz, V. Herrero García, M. Platero Sánchez-Escribano, J. Molina Campos, M. Navarrete de Gálvez  
*Servicio de Medicina Interna. Hospital Comarcal de la Axarquía. Vélez-Málaga (Málaga)*

### OBJETIVOS

Analizar y evaluar las principales características clínicas de pacientes con insuficiencia cardiaca (IC) y arteriopatía coronaria (AC).

### MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un análisis retrospectivo y observacional de 681 pacientes con insuficiencia cardíaca ingresados en el servicio de Medicina Interna, dividiéndose en 2 grupos: Grupo con Arteriopatía Coronaria (GAC) y Grupo Sin Arteriopatía Coronaria (GSAC). Se llevó a cabo un análisis estadístico bivariante, comparando las variables cualitativas con el Test de la Chi<sup>2</sup> y las cuantitativas con el Test de la T de Student.

### RESULTADOS

La AC estaba presente en 322 pacientes (47,2%) con un 47,7% de infarto agudo de miocardio sin elevación del ST, un 26,1% con elevación del ST, un 16% de angina inestable y un 10,2% de angina estable. La etiología isquémica representó la primera causa de IC con un 37,5% del total. La edad media fue de  $72 \pm 11$  años sin mostrar diferencias significativas. En cambio, el GAC, respecto al GSAC, lo conformaban más varones (67,6 vs 55,3%,  $p=0,001$ ), extranjeros (18,4 vs 10,3%,  $p=0,002$ ), con historia de tabaquismo (58,3 vs 45,3%,  $p=0,01$ ) y dislipemia (56,7 vs 25,5%,  $p=0,001$ ), y menor FEVI ( $44 \pm 15$  vs  $55 \pm 18$ ,  $p=0,001$ ). En cambio en el GSAC, respecto al GAC, existían más pacientes con fibrilación auricular (46,9 vs 32,1%,  $p=0,01$ ), enfermedad pulmonar obstructiva crónica (26,1 vs 17,4%,  $p=0,02$ ), cardiopatía hipertensiva (31,4 vs 6,2%,  $p=0,001$ ) y valvulopatías significativas (16 vs 4%,  $p=0,001$ ). No se observaron diferencias significativas intergrupales en el resto de factores de riesgo cardiovascular (hipertensión arterial (80%), diabetes mellitus (45%), accidentes cerebrovasculares (15%) e insuficiencia renal crónica (27%), grado de la NYHA (superior o igual a III en el 45%), en la mortalidad intrahospitalaria (6%), número de ingresos ( $1,8 \pm 1,3$ ) y estancia media ( $10,2 \pm 5$  días).

### DISCUSIÓN

Los pacientes de nuestra población con IC e historia de AC muestran la dislipemia y el tabaquismo como únicos factores de riesgo cardiovascular más prevalentes, a diferencia de otros estudios como el Registro RICA donde otras comorbilidades cardiovasculares se añaden. En cambio la FEVI reducida coincide con lo publicado previamente. Otro dato a destacar es la gran prevalencia de AC en nuestra área, constituyéndose como la primera causa de IC, no así observado en otros estudios donde la cardiopatía hipertensiva es más frecuente. La presencia de AC no se mostró como un factor de mayor mortalidad intrahospitalaria, de ingreso ni mayor estancia, aunque es conocido su peor pronóstico a largo plazo.

### CONCLUSIONES

En este estudio se muestra la enorme prevalencia de la AC en nuestra zona, constituyéndose la etiología isquémica como la primera causa de insuficiencia cardíaca, fundamentalmente de tipo sistólica. Este grupo lo forman con mayor frecuencia varones con historia de tabaquismo y dislipemia. A pesar de esto la carga cardiovascular también se encuentra presente en un porcentaje elevado en otros grupos etiológicos lo que puede hacer que la mortalidad a corto plazo y la estancia sean parecidas en ambos grupos.

**IC-4 FALLO CARDIACO EN EL PACIENTE ANCIANO: ESTUDIO DE LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICAS**

S. Domingo Roa, M. Martínez Soriano, M. Esteban Moreno, C. Maldonado Úbeda, B. Hernández Sierra, A. García Peña, A. Corrales Torres, L. Díez García  
*Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Torrecárdenas. Almería*

**OBJETIVOS**

El paciente con insuficiencia cardiaca constituye uno de los motivos más frecuentes de atención hospitalaria en nuestro medio, especialmente en los servicios de medicina interna. Por encima de los 65 años de edad la insuficiencia cardiaca representa uno de los primeros diagnósticos al alta hospitalaria. Nuestro objetivo fue analizar las características de los pacientes ancianos ingresados por insuficiencia cardiaca en nuestro servicio.

**MATERIAL Y MÉTODO**

Realizamos un estudio observacional retrospectivo desde abril de 2013 a julio de 2013 de pacientes mayores de 75 años con diagnóstico al alta de insuficiencia cardiaca en el servicio de medicina interna del hospital Torrecárdenas de Almería. Se analizaron variables clínico-epidemiológicas, factores de riesgo predisponentes y tratamiento instaurado al alta. Los datos fueron analizados mediante el programa estadístico SSPS 19.0.

**RESULTADOS**

Se obtuvo una muestra de 65 pacientes con una edad media de  $81 \pm 5$  años. 43 mujeres (66%) y 22 hombres (34%). Los principales factores de riesgo encontrados fueron: hipertensión arterial en 55 pacientes (85%), hipertrofia ventricular en 29 pacientes (45%) y la historia previa de cardiopatía isquémica en 18 pacientes (27%). El 13% de los pacientes estudiados se encontraban con oxigenoterapia domiciliar por insuficiencia respiratoria crónica. Los criterios diagnósticos de insuficiencia cardiaca fueron clínicos: el 100 % de los pacientes estudiados durante el periodo seleccionado consultaron por disnea: 52 (80%), disnea progresiva y 13 disnea súbita (20%). La auscultación era patológica en todos ellos, describiéndose en el 93% crepitantes (60 pacientes). Durante el ingreso se realizó ecocardiografía en 8 pacientes (el 13%), objetivando 7 pacientes con disfunción ventricular sistólica y 4 pacientes con enfermedad valvular. Los 8 pacientes tenían hipertrofia ventricular. En cuanto al tratamiento farmacológico al alta: el 85% (55 pacientes) tenían IECAs/ARA-II, el 100% diuréticos de asa y sólo el 65% (42 pacientes) recibieron B-bloqueantes.

**CONCLUSIONES**

El manejo del paciente anciano hospitalizado es complejo, por ello es fundamental una visión global para optimizar y priorizar los tratamientos instaurados. Un objetivo fundamental debe de ser establecer la mejor cobertura al alta teniendo en cuenta tanto aspectos clínicos como psicosociales. El problema del reingreso hospitalario es común a todos los entornos. Todos los pacientes que hayan sido dados de alta tras un episodio de desestabilización de su insuficiencia cardiaca, deben reevaluarse en los 7-10 días post alta.

## **IC-5 PROGRAMA DE CICLOS DE FUROSEMIDA INTRAVENOSA EN EL HOSPITAL DE DÍA MÉDICO PARA PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA TERMINAL**

J. Alegre Herrera, P. Martínez García, J. Royo Aguado, M. Colmenero Camacho  
*UGC Medicina Interna. Complejo Hospitalario Regional Virgen Macarena. Sevilla*

### **OBJETIVOS**

Describir la puesta en marcha y los datos de los 6 primeros meses de la aplicación de ciclos de furosemida intravenosa a pacientes con Insuficiencia Cardíaca terminal en el Hospital de Día Médico dependiente de Medicina Interna.

### **MATERIAL Y MÉTODO**

Se realizó una primera consulta para verificar el cumplimiento de los criterios de inclusión (insuficiencia cardíaca terminal descompensada -disnea grado III/IV de la NYHA, signos clínicos de congestión pulmonar, edemas y radiografía torácica compatible con edema pulmonar- que reciben tratamiento oral a dosis altas, sin respuesta al mismo) y que no presenten criterios de exclusión (inestabilidad hemodinámica y factor desencadenante que no se pueda controlar en el Hospital de Día Médico). Se les administra en el mismo día, dosis de 100-140 mg de furosemida en bolo y se programan según la situación clínica y disponibilidad por parte del paciente, más procedimientos, para posteriormente hacer un control clínico y analítico y plantear el alta si se considera. Se registró el servicio clínico que remite al paciente, los ciclos que se han realizado por paciente, las complicaciones y las tasas de ingreso hospitalario convencional.

### **RESULTADOS**

Se han realizado desde Enero a Junio de 2013 un total de 116 procedimientos de "furosemida intravenosa" en un total de 41 pacientes. La edad media, 74.5 años. Las comorbilidades: EPOC, 44%; Insuficiencia renal crónica, 31.7%; anemia, 24.4%, y otros, 22%. Los servicios que remiten a los pacientes: Medicina Interna, 23; Atención Primaria, 8; Urgencias, 8; y Otros, 2. De Atención Primaria, 65.8% de Sevilla capital y un 34.1% de área rural). Distribución del número de procedimientos realizados por paciente: En 20 pacientes, 1; en 9 pacientes, 2; en 3 pacientes, 3; en 2 pacientes, 4; en 3 pacientes 4; y en 4 pacientes un total de 6 o más procedimientos. Efectos adversos, 2 casos de infección de catéter reservorio, uno tratado de forma conservadora mientras que otro precisó ingreso hospitalario y retirar el catéter. Se produjeron un total de 11 ingresos hospitalarios (26.8%). Los motivos fueron por insuficiencia cardíaca en 3 casos, infección en 7 casos, obstrucción intestinal en un caso y sospecha de neoplasia linfoproliferativa en un caso. Se han producido un total de 8 fallecimientos (19.5%), sólo dos de ellos relacionados con la insuficiencia cardíaca.

### **DISCUSIÓN**

No tenemos constancia de una experiencia similar a la nuestra que aporte al mismo tiempo y en el mismo lugar, tanto los servicios del Hospital de Día como de una Consulta de Paciente Pluripatológico y de referencia de Primaria y Urgencias. La posibilidad de contacto y asistencia en menos de 24 horas, ha permitido evitar ingresos hospitalarios y mejorar la asistencia de estos pacientes.

### **CONCLUSIONES**

-Las descompensaciones de la insuficiencia cardíaca terminal son causa frecuente de ingreso hospitalario y pueden ser evitadas con el procedimiento de "furosemida intravenoso". -La administración de furosemida intravenosa es fácil, bien tolerada y eficaz clínicamente para el control de la disnea y de los edemas. -Son necesarias guías de actuación y protocolos de derivación consensuados para que se beneficien todos los pacientes con insuficiencia cardíaca terminal.

**IC-6 CARACTERIZACIÓN CLÍNICA DE PACIENTES JÓVENES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA**

L. Pérez Belmonte, J. Osuna Sánchez, F. Zafra Sánchez, M. Platero Sánchez-Escribano, V. Herrero García, F. Rodríguez Díaz, J. Constan Rodríguez<sup>1</sup> P. Cabrera García  
*Servicio de Medicina Interna. Hospital Comarcal de la Axarquía. Vélez-Málaga (Málaga)*

**OBJETIVOS**

Describir y analizar las principales características clínicas de pacientes ingresados por insuficiencia cardíaca (IC) en nuestro servicio con una edad inferior a 55 años.

**MATERIAL Y MÉTODO**

Se realizó un análisis retrospectivo y observacional en el que se incluyeron 681 pacientes, dividiéndose según el rango de edad (inferior o igual y superior a 55 años). Se llevó a cabo un análisis estadístico bivariante, comparando las variables cualitativas con el Test de la Chi<sup>2</sup> y las cuantitativas con el Test de la T de Student.

**RESULTADOS**

Del total de pacientes, 58 pacientes (8,5%) tenían una edad inferior o igual a 55 años (Rango: 35-55). Al comparar este grupo de paciente jóvenes con el grupo de pacientes mayores las principales diferencias encontradas son: mayor número de varones (76 vs 60%, p=0,01), tabaquismo (43 vs 15%, p=0,01), alcoholismo (36 vs 11%, p=0,01) y la presencia de miocardiopatía dilatada (28 vs 9%, p=0,001); y menor presencia de hipertensión arterial (62 vs 81%, p=0,001), fibrilación auricular (19 vs 42%, p=0,001), cardiopatía isquémica (33 vs 48%, p=0,02), accidentes cerebro-vasculares (7 vs 16%, p=0,04) e insuficiencia renal crónica (9 vs 29%, p=0,0001). No se observaron diferencias en la diabetes mellitus (36%), dislipemia (40%), enfermedad pulmonar obstructiva crónica (20%), en la fracción de eyección ventricular (mostrándose en torno 50% en ambos grupos) ni estancia media (10 ± 2,5 días). En cambio si se observaron diferencias en el grado de la NYHA, presentando los de mayor edad peor clase funcional, existiendo un 48,8% respecto al 18,9% de los pacientes jóvenes con grado III o superior.

**DISCUSIÓN**

La mayoría de los estudios de IC se basan en pacientes ancianos. Son pocos los que establecen las características clínicas de pacientes jóvenes con IC. En nuestro estudio al igual que en otros la cardiopatía isquémica y la hipertensión arterial son los principales factores asociados a la ancianidad, mientras que la cardiopatía dilatada asociada o no al consumo de tóxicos se mostró más frecuente entre los pacientes jóvenes. Además, cabe destacar los altos y relevantes porcentajes de patología cardiovascular entre los pacientes con mayor juventud, aunque sean inferiores que en la población de más de 55 años.

**CONCLUSIONES**

Los pacientes jóvenes con IC de nuestra zona se caracterizan por tener cardiopatía dilatada junto con un consumo importante de alcohol y aunque en general tiene una menor carga cardiovascular que los pacientes más ancianos, sus niveles de comorbilidad son considerables.

### IC-7 IMPACTO PRONÓSTICO DE LA DESNUTRICIÓN EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN INSUFICIENCIA CARDIACA AGUDA

C. Porras Arboledas, E. Ramiro Ortega, Z. Santos Moyano, M. Chaves Peláez, J. Bonilla Palomas, A. Gámez López, M. Moreno Conde, A. Villar Raez

*Servicio de Medicina Interna. Hospital San Juan de la Cruz. Úbeda (Jaén)*

#### OBJETIVOS

Estudios previos han demostrado una estrecha relación entre la desnutrición y la supervivencia del paciente con Insuficiencia Cardíaca (IC). El objetivo de nuestro estudio fue valorar la prevalencia de la nutrición en nuestros pacientes hospitalizados por I. Cardíaca Aguda y su impacto en el pronóstico a largo plazo.

#### MATERIAL Y MÉTODO

Se analizaron los pacientes dados de alta de forma consecutiva con el diagnóstico de I.C. Aguda. Se realizó un estudio nutricional completo (variables analíticas y antropométricas) y se estableció el diagnóstico de desnutrición según la encuesta Mini Nutricional Assesment (MNA); además, se recogieron variables analíticas, clínicas ecocardiográficas y de tratamiento. La asociación entre dichas variables se estableció mediante el análisis multivariante de COX.

#### RESULTADOS

Se reclutaron 300 pacientes de edad media  $76 \pm 7.6$  años, de los cuales el 52% fueron mujeres. Según la escala MNA, el 28% fueron clasificados como malnutridos, el 52% en riesgo de desnutrición y el 20% con buen estado nutricional. En el grupo de mal nutridos destacaba: mayor edad ( $80.4 \pm 6.9$ , frente a  $75.58 \pm 7.3$  y  $73.89 \pm 7.2$  respectivamente  $p > 0.01$ ), Menores cifras de albumina ( $3.5 \pm 0.44$  frente a  $3.76 \pm 0.479$  y  $3.8 \pm 0.4$  respectivamente  $p > 0.01$ ), menores cifras de Hb ( $11.6 \pm 1.8$ , frente  $12 \pm 1.9$  y  $13 \pm 1.9$  respectivamente  $> 0.01$ ) y menores cifras de IMC ( $25.6 \pm 5.5$ , frente a  $28.8 \pm 5.8$  y  $30.6 \pm 5.3$  respectivamente  $p > 0.01$ ). A la mediana de seguimiento (18 meses rango intercuartílico 7.527 meses), fallecieron el 34 %. La mortalidad en el grupo de los malnutridos fue del 45%, en el grupo de riesgo del 35% y el 16% en el grupo de lo bien nutridos (Log-rank; = 0.004) En el análisis de COX, la desnutrición frente a la buena nutrición fue un predictor independiente de mortalidad, (RR:1.98, IC(1.01-3.9);  $p:0.04$ ).

#### CONCLUSIONES

La malnutrición detectada durante el ingreso de los pacientes con I. C. Aguda constituye un predictor independiente de mortalidad a largo plazo en dichos pacientes.

**IC-8 ANEMIA E INSUFICIENCIA CARDIACA EN UNA UNIDAD DE MEDICINA INTERNA**

I. Aomar Millán, M. Menduiña Guillen, L. Pérez Fernández, Á. Ceballos Torres, P. Giner Escobar  
*Servicio de Medicina Interna. Hospital San Cecilio. Granada*

**OBJETIVOS**

Analizar las características demográficas, antecedentes personales, comorbilidad, estancia media y tratamientos empleados en los pacientes hospitalizados por descompensación cardiaca y que presentaban distintos tipos de anemia en el Servicio de Medicina Interna de nuestro hospital.

**MATERIAL Y MÉTODO**

Estudio descriptivo y retrospectivo de todos los pacientes ingresados con diagnóstico de insuficiencia cardiaca y que presentaban anemia en la Unidad de Medicina Interna del Hospital Universitario San Cecilio desde el 1 de Enero al 31 de Marzo de 2013. Los datos fueron extraídos de las bases de datos hospitalaria y de la Unidad y analizados posteriormente con el programa estadístico SPSS V190.

**RESULTADOS**

Se ingresaron un total de 89 pacientes con el diagnóstico de insuficiencia Cardiaca en la Unidad de Medicina Interna, 32 hombres (36%) y 57 (64%) mujeres con una edad media de 79,73 años. De ellos, 62 (69,7%) eran pluripatológicos y con un nivel de dependencia elevado (índice de Charlson medio de 3,25). De estos, 55 pacientes (61.8%) presentaban anemia, en 18 (32.7%) era ferropénica, 1 (1.8%) déficit vitamínico, 3 (5.5%) secundaria a insuficiencia renal crónica y 33 (60%) de etiología multifactorial. De estos pacientes con anemia, solo 27 (30%) recibían tratamiento, de los cuales 15 (57.7%) estaban en tratamiento con Fe, 3 (11.5%) con ácido fólico y/o B12, 3 (11.5%) con eritropoyetina y 5 (19.2%) recibían otros tratamientos.

**DISCUSIÓN**

La insuficiencia cardiaca, es una enfermedad cuya prevalencia aumenta con la edad, siendo su descompensación motivo de ingreso frecuente en Medicina Interna. Así mismo cabe destacar que son pacientes con alta prevalencia de anemia, siendo este dato en múltiples ocasiones pasado por alto o no dándosele la importancia que realmente tiene en la historia natural de la insuficiencia cardiaca, ya que en múltiples ocasiones suele ser una causa de empeoramiento de la función cardiaca. La anemia se asocia con más síntomas, peor estado funcional, mayor riesgo de hospitalización por IC y supervivencia baja, siendo un factor independiente para la mortalidad, habiéndose estimado que un descenso de 1 g/dl de hg comporta un aumento del 13 % en la mortalidad anual. Destacar así mismo que solamente recibían tratamiento específico un pequeño porcentaje de pacientes. Todos estos datos se resumen en la importancia del internista en la visión global del paciente anciano y/o pluripatológico ingresado por insuficiencia cardiaca descompensada.

**CONCLUSIONES**

-La insuficiencia cardiaca es una enfermedad muy prevalente en los pacientes ingresados en las Unidades de Medicina Interna, siendo la anemia un factor de riesgo independiente de mortalidad, por lo que debe ser tenida muy en cuenta en todos estos pacientes. -La estrategia terapéutica en el tratamiento de la anemia se debe individualizar en función de la etiología de la misma, calidad de vida y objetivos a conseguir. -Debemos insistir en prestar una mayor atención a la anemia con mayores controles y establecimiento de objetivos terapéuticos en los pacientes ingresados en Medicina Interna por Insuficiencia cardiaca.



## IC-9 ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA DIASTÓLICA INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE MEDICINA INTERNA DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

I. Aomar Millán, M. Menduïña Guillen, P. Alaminos García, Á. Ceballos Torres, P. Giner Escobar  
*Servicio de Medicina Interna. Hospital San Cecilio. Granada*

### OBJETIVOS

Analizar las características demográficas, antecedentes personales, comorbilidad, estancia media y tratamientos empleados en pacientes hospitalizados por insuficiencia cardiaca diastólica descompensada en nuestra Unidad de Medicina Interna.

### MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo y retrospectivo de todos los pacientes ingresados con diagnóstico de insuficiencia cardiaca diastólica descompensada en la Unidad de Medicina Interna del Hospital Universitario San Cecilio desde el 1 de Enero al 31 de Marzo de 2013. Los datos fueron extraídos de las bases de datos hospitalaria y de la Unidad y analizados posteriormente con el programa estadístico SPSS V190.

### RESULTADOS

Se ingresaron un total de 89 pacientes con el diagnóstico de insuficiencia Cardiaca en la Unidad de Medicina Interna, de estos 52 (61,8%) presentaban insuficiencia cardiaca diastólica, 13 hombres (25%) y 39 (75%) mujeres con una edad media de 79,73 años. De ellos, 37 (71,2%) eran pluripatológicos y con un nivel de dependencia elevado (índice de Charlson medio de 3,25). De estos 52 pacientes, a 13 (25%) se les realizó un ecocardiograma durante el ingreso, teniendo 23 de ellos (44.2%) una ecocardi realizada en un periodo inferior a un año. Hubo 29 pacientes (55.8%) con fibrilación auricular, todos ellos con CHADs >2 de los cuales solo 25 (48.1%) recibían tratamiento anticoagulante. Respecto al tratamiento, los fármacos más empleados fueron IECA (84.6%), diuréticos (75%) beta-bloquetantes (38.5%), antialdosterónicos (23.1%), calcio antagonistas (17.3%) y digoxina (1.9%). El BNP medio al ingreso fue de 8023 pg/ml y al alta 2886 pg/ml. De estos 52 pacientes, 43 (82.7%) presentaban insuficiencia renal, la mayoría moderada o grave. Por último, 9 pacientes (17.3%) fallecieron durante el ingreso por causas atribuibles a la descompensación cardiaca.

### DISCUSIÓN

La insuficiencia cardiaca, es una enfermedad cuya prevalencia aumenta con la edad, sobre todo la insuficiencia cardiaca con fracción de eyección preservada, quizás como consecuencia de un incremento del grosor parietal y del contenido de colágeno intersticial. Su descompensación motivo de ingreso frecuente en Medicina Interna. Aunque la insuficiencia cardiaca en general es más frecuente en varones quizás por la mayor prevalencia en estos de factores de riesgo cardiovascular, la diastólica, al igual que en nuestra serie es mas frecuente en mujeres. Destacar así mismo, que dentro de estos pacientes, mas de la mitad de ellos presentaban fibrilación auricular, la cual en diversas series ha sido relacionada con tasas de filtrado glomerular inferior a 60 ml/min/1.73 m<sup>2</sup>, cabiendo destacar que a pesar de tener todos ellos un alto riesgo trombótico, menos de la mitad estaban en tratamiento anticoagulante oral. Respecto al tratamiento, destacar que la mayor parte de los pacientes, además del tratamiento de la causa desencadenante, recibieron tratamiento estándar con IECA diuréticos y betabloqueantes, como está indicado en las guías de práctica clínica.

### CONCLUSIONES

-La insuficiencia cardiaca función sistólica preservada es una enfermedad muy prevalente en los pacientes ingresados en las Unidades de Medicina Interna, siendo más de la mitad de los casos de insuficiencia cardiaca descompensada. -La estrategia terapéutica se debe individualizar en función de la etiología de la misma, calidad de vida y objetivos a conseguir. -Se debe realizar una valoración global del paciente con especial atención a otras patologías asociadas como son la insuficiencia renal crónica o la fibrilación auricular con el fin de realizar un tratamiento y valoración integral de cada paciente, siendo en este caso el internista el especialista más idóneo.

## Inflamación/ Enfermedades Autoinmunes (IF)

### IF-2 ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LAS INDICACIONES, EFICACIA Y SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO CON RITUXIMAB

E. Crespo González<sup>1</sup>, D. Fernández Bermúdez<sup>1</sup>, E. Martín Márquez<sup>1</sup>, J. Aguilar García<sup>1</sup>,  
C. Romero Gómez<sup>1</sup>, B. Tortajada Goitia<sup>2</sup>, M. García De Lucas<sup>1</sup>, J. García Alegría<sup>1</sup>

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

#### OBJETIVOS

Rituximab es un anticuerpo monoclonal aprobado para el tratamiento de la artritis reumatoide y vasculitis ANCA, granulomatosis con poliangeitis (GPA) y poliangeitis microscópica (PAM), pero su uso se ha extendido a otras enfermedades autoinmunes y sistémicas (EAS). Nuestro objetivo es analizar las indicaciones de su uso, eficacia y complicaciones.

#### MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo retrospectivo de historias clínicas de los pacientes tratados en el Servicio de Medicina Interna del H. Costa del Sol.

#### RESULTADOS

Pacientes tratados: 24, mujeres (95.8%). Edad media 48.5 años (+/- 15.94). Indicaciones: 5 A. reumatoide (AR) (21%), 5 LES (21%), 5 vasculitis-ANCA (V-ANCA) (21%), 2 crioglobulinemias por virus C (CM-VHC) (8%), 3 miopatías inflamatorias (MII) (12%), 1 E. Takayasu (ATK), 1 E. de Still del adulto (SAD), 1 oftalmopatía de Graves (OGR), y una púrpura trombocitopénica inmune (PTI). Las indicaciones, número de dosis y respuesta se presentan en la tabla 1. Todos los pacientes fueron previamente tratados con corticoides, inmunosupresores y/o otros fármacos biológicos, Inmunoglobulinas, y plasmaféresis. Todos los pacientes se han tratado en hospital de día u hospitalización, siguiendo pautas de artritis reumatoide y de linfoma, siempre con premedicación (metilprednisolona, antihistamínico y paracetamol). En ningún caso se presentaron reacciones durante su infusión. Una paciente ingresó por herpes zoster oftálmico sin que encontráramos otros efectos adversos.

#### CONCLUSIONES

En nuestra experiencia Rituximab se ha mostrado muy efectivo en pacientes con recurrencia a V-ANCA, siendo su respuesta más irregular en otras EAS. En algunos pacientes, ha permitido ofrecer una alternativa eficaz cuando otros inmunosupresores han sido ineficaces. En las ATK es ineficaz. Se ha mostrado un fármaco seguro, sin reacciones durante su infusión y pocas complicaciones.

*Tabla. Indicaciones, número de dosis y respuesta a Rituximab (IF-2)*

|             | Indicaciones (N)  | Numero medio de dosis | Respuesta                                  |
|-------------|---|-----------------------|--|
| AR (5)      | Artritis persistente con FAMEs +/- antiTNF (4)<br>Pleuritis reumatoide (1)                        | 4,6                   | Parcial 80%<br>Ausencia 20%                |
| LES (5)     | Nefropatía lúpica (3) Síndrome desmielinizante (1)<br>Sd. "pulmón encogido" (1)                   | 2,8                   | Completa 80%<br>Parcial 20%                |
| V-ANCA (5)  | Recurrencia PAM (3)<br>Recurrencia GPA (2)  | 2,6                   | Completa 100%                              |
| CM- VHC (2) | Púrpura e Insuficiencia renal (2)   | 4                     | Completa 100%                              |
| MII (3)     | Dermatomiositis (afectación cutánea severa) (1)<br>Polimiositis (afectación miopática severa) (2) | 6                     | Completa 33%<br>Parcial 33%<br>Ausente 33% |
| ATK (1)     | Corticodependencia  | 4                     | Ausente                                    |
| OGR (1)     | Corticodependencia  | 2                     | Parcial                                    |
| SAD (1)     | Fiebre y adenopatías, corticodependencia  | 2                     | Completa                                   |
| PTI (1)     | Trombopenia resistente  | 4                     | Completa                                   |

**IF-3 UTILIDAD CLÍNICA DE LOS ANTICUERPOS ANTINUCLEARES EN EL COMPLEJO HOSPITALARIO DE JAÉN**

A. Vílchez Parras<sup>1</sup>, M. Martín Armada<sup>1</sup>, M. Ruiz González<sup>1</sup>, A. Colodro Ruiz<sup>1</sup>, M. Carrero Lériada<sup>2</sup>, F. Molina Molina<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Laboratorio de Análisis Clínicos. Complejo Hospitalario de Jaén. Jaén

**OBJETIVOS**

Analizar el uso diagnóstico de la determinación de Anticuerpos Antinucleares en nuestro hospital.

**MATERIAL Y MÉTODO**

Se realizó un estudio descriptivo transversal mediante la revisión de historias clínicas de las 300 primeras solicitudes de ANA en 2013 de nuestro hospital. Se incluyeron solo los casos en los que se pudo recavar todos los datos: sexo, edad, servicio solicitante, motivo de consulta, resultado y diagnóstico final, destacando los casos en los que se diagnosticaba finalmente una enfermedad sistémica. Se consideraron enfermedades sistémicas: LES, Sd Sjögren, esclerodermia, enfermedad mixta del tejido conectivo y miopatías inflamatorias. Se excluyeron los casos en los que no se pudo obtener todos los datos estudiados.

**RESULTADOS**

De las 300 peticiones se descartaron 42 por estudio incompleto. De las solicitudes válidas realizadas por 17 servicios, el 60.47% fueron realizadas a mujeres con una edad media de 50.2 años y 55.53 años en varones. Los servicios que más solicitudes realizaron fueron por este orden: Reumatología 26.36%, M. Interna 16.27%, Digestivo 12.06%, Hematología 11.63% y Nefrología 10.85%. El 75.19% del total de las solicitudes resultaron negativas. 8 especialidades obtuvieron algún resultado positivo siendo nutrición 100%, M. Interna 40.48% y Nefrología 39.29% las que en su mayoría obtuvieron resultado positivo. El principal motivo de solicitud fue dolor articular de diversas localizaciones 27.52%, le siguen patología renal 10.08%, citopenias 8.91% y lesiones cutáneas 5.81%. De los 68 resultados positivos, el 75% eran mujeres con una edad media de 50.2 años. Solo al 32% de los positivos se le diagnosticó finalmente una enfermedad sistémica de las que las más frecuentes fueron LES 40.91% y Sd. Sjögren 36.36%. El principal motivo de consulta en estos casos fueron artralgias, lesiones cutáneas, patología renal y sequedad de mucosas y los principales servicios solicitantes fueron Reumatología 50% y M. Interna 36.36%.

**DISCUSIÓN**

Gran parte de la población presenta ANA positivo sin evidencia de enfermedad sistémica, presentándose en muchas ocasiones asociado a enfermedades no sistémicas y entorpeciendo el diagnóstico y tratamiento al provocar la necesidad de otras pruebas diagnósticas y en ocasiones de tratamientos innecesarios. Existe mayor probabilidad de que la solicitud sea positiva y diagnóstica de enfermedad sistémica cuando el servicio peticionario es especialista en este área.

**CONCLUSIONES**

-Actualmente se realiza un sobreuso de esta prueba en nuestro hospital, solicitándose muchas ocasiones por protocolo. -La positividad de Ac. Antinuclear en su mayoría no se relaciona con enfermedad inflamatoria sistémica, aumentando su VPP cuando se solicita por síntomas guía de enfermedad sistémica. -Los servicios de Reumatología y M. Interna son los más peticionarios y también los que en mayor medida diagnostican finalmente una enfermedad inflamatoria sistémica. Los servicios de Digestivo, Hematología, Nefrología y Neurología son también muy solicitantes aunque con escasos diagnósticos de enfermedad sistémica. -Las enfermedades sistémicas de mayor incidencia en nuestra muestra son LES y Sd Sjögren.

**BIBLIOGRAFÍA**

- *The Clinical Utility of a Positive Antinuclear Antibody Test Result.* Aryeh M. Abeles, MD, Micha Abeles, MD.

## IF-4 GESTACIÓN Y ENFERMEDADES SISTÉMICAS

M. Ruiz González, L. Muñoz Fernández, A. Vilchez Parras, M. Martín Armada, A. Colodro Ruiz, G. Gutiérrez Lara, F. Molina Molina

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

### OBJETIVOS

Las enfermedades sistémicas afectan con frecuencia a mujeres jóvenes y en edad reproductiva. Como sabemos, están expuestas durante el embarazo a un número mucho mayor de complicaciones que la población general, presentan mayor tasa de hipertensión arterial, diabetes gestacional, trombofilia y complicaciones obstétricas como la preeclamsia, nacimientos pretérmino o retraso del crecimiento intrauterino. La enfermedad tromboembólica, enfermedad cerebrovascular, los cuadros infecciosos, y el riesgo de sangrado es mayor. El éxito de la gestación en las mujeres con Lupus Eritematoso Sistémico (LES) y otras enfermedades autoinmunes depende en gran medida de la programación del embarazo que debe de realizarse por unidades especializadas con relación directa entre obstetricia y el especialista en enfermedades sistémicas. Desde que se creó la consulta de Enfermedades Sistémicas en el Hospital Médico Quirúrgico de Jaén, hemos seguido la evolución de 20 gestaciones en colaboración con la consulta de Alto Riesgo de Obstetricia. Realizamos un estudio descriptivo, analizando como variables las características demográficas, el tipo de conectivopatía, abortos previos, parto espontáneo o inducido, peso del feto al nacer, evolución del postparto, parto vaginal o cesárea, necesidad de instrumental en el periodo expulsivo, complicaciones hemorrágicas en el parto, situación del feto medida por los índices de Apgar y la semana de gestación en la que tuvo lugar el nacimiento. Como objetivos pretendemos analizar si se ha realizado consejo preconcepcional, como ha transcurrido el desarrollo del parto y si han ocurrido complicaciones.

### RESULTADOS

Se trata de 20 pacientes con una edad media de 31.7 años ( $DE \pm 4.1$ ), el 80% tenían Lupus Eritematoso Sistémico y las 3 pacientes que no presentaban LES, estaban diagnosticadas de conectivopatía indiferenciada, dermatomiositis y síndrome antifosfolípídico primario. A pesar de que en nuestra consulta se insiste sobre el consejo preconcepcional, un 30% de las pacientes no habían manifestado deseo de gestación. De las 20 pacientes, 5 habían tenido abortos previos, 4 de ellas fue en primer trimestre de la gestación y uno a término. Durante el tiempo de seguimiento en nuestra consulta, se presentaron un total de 4 abortos, todos en el primer trimestre de la gestación. El 75% de las pacientes que abortaron presentaban signos de actividad de la enfermedad y habían tenido fracasos con tratamientos previos. Con respecto a las 16 gestaciones que llegaron a término, el inicio del parto fue espontáneo en el 75% de los casos y la media del peso al nacer fue de 2726 gramos. En dos de las pacientes el embarazo presentó complicaciones, trombosis venosa profunda y tiroiditis de Hashimoto respectivamente. Sólo en el 18% el parto fue por cesárea coincidiendo con mayor hemorragia. El parto pretérmino solo tuvo lugar en dos casos, uno de ellos de embarazo gemelar. El índice Apgar al minuto y a los cinco minutos del nacimiento fue en todos los casos superior a 7 y el postparto se desarrolló sin complicaciones excepto en uno que presentó lupus neonatal sin cardiopatía.

### CONCLUSIONES

Coinciden nuestros datos con los descritos en la literatura en los que ésta población tiene entorno a un 20% de probabilidades de pérdida gestacional unido a más complicaciones durante el embarazo y el parto. En la mayoría de nuestras pacientes los abortos tuvieron lugar en el primer trimestre de la gestación, en contra de lo descrito en la mayoría de las series y en un 30% no se programó la concepción. Consideramos fundamental que debe de programarse la gestación en toda mujer con una conectivopatía, remitiéndose a unidades especializadas para el control preconcepcional. Pretendemos conocer qué gestaciones son de alto riesgo (actividad de la enfermedad, nefropatía, hipertensión arterial no controlada, tratamiento inmunosupresor o dosis altas de corticoides y síndrome antifosfolípídico) con el fin de aconsejar a la futura gestante. Una vez conocido el embarazo, un adecuado seguimiento clínico y analítico puede conseguir una gran probabilidad de éxito en la maternidad.



**BIBLIOGRAFÍA**

- Alijotas-Reig J, Ferrer-Raventos JC. Life-threatening bleeding, pregnancy and lupus anticoagulants success after steroid and anticoagulant therapy. *Am J Reprod Immunol* 2004;52:129-32.
- Clark CA, Spitzer KA, Laskin CA. Decrease in pregnancy loss rates in patients with systemic lupus erythematosus over a 40-year period. *J Rheumatol* 2005;32(9):1709-12.

## IF-5 MANEJO CLÍNICO DE LOS ANTICUERPOS ANTICITOPLASMA DE NEUTRÓFILOS EN EL HOSPITAL MÉDICO QUIRÚRGICO DE JAÉN

A. Vílchez Parras<sup>1</sup>, M. Martín Armada<sup>1</sup>, M. Ruiz González<sup>1</sup>, A. Colodro Ruiz<sup>1</sup>, M. Carrero Lérída<sup>2</sup>, F. Molina Molina<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Laboratorio de Análisis Clínicos. Complejo Hospitalario de Jaén. Jaén

### OBJETIVOS

Estudiar el uso diagnóstico de la determinación de ANCA en nuestro hospital.

### MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo transversal en el que se revisaron las 200 primeras peticiones de Anca del año 2013 en un hospital general de tercer nivel, con 805 camas como es el Complejo Hospitalario de Jaén. Para ello se hizo una revisión de historias clínicas investigándose sexo, edad, servicio peticionario, motivo de consulta, resultado y patrón en su caso y diagnóstico final en abril de 2014. Se excluyeron solicitudes en las que no se pudo recavar todos los datos y aquellas realizadas para el control de calidad del laboratorio.

### RESULTADOS

La prueba fue solicitada por 16 servicios. El 74.08% provenían de Hematología, Nefrología, M. Interna, Neurología y Pediatría por ese orden. Siendo el 53.97% mujeres y la edad media de 56 años en adultos. El 96.30% de los Anca fueron negativos y el 3.70% positivo. En 12 servicios el 100% de las solicitudes fueron negativas y en los 4 servicios más solicitantes la negatividad fue 98.61% Hematología, 88.57% Nefrología, 95.24% M. Interna y 100% Neurología. Solo 4 servicios obtuvieron resultados positivos a sus solicitudes: Unidad de Enfermedades Infecciosas con un 25% de sus solicitudes positivas, Nefrología con el 12.90%, M. Interna 4.76% y Hematología 1.38%. De los 7 casos positivos, el 57.14% fue solicitado por Nefrología. 4 fueron vasculitis Anca con afectación renal en 3 casos siendo el motivo de solicitud y 1 caso con vasculitis sin afectación renal.

### DISCUSIÓN

La citopenia y en especial la anemia han sido el principal motivo de solicitud de Anca con 1 solo resultado positivo con patrón atípico. El segundo motivo más frecuente fue la afectación renal como insuficiencia renal, proteinuria, sd nefrótico, nefropatía y glomerulonefritis pauciinmune, todos provenían de Nefrología salvo un caso de proteinuria y eosinofilia solicitado por U. Infecciosas, obteniéndose como resultado 3 vasculitis Anca (1 Wegener, 1 poliangeitis y 1 Churg Strauss). Por vasculitis se realizaron 3 peticiones con diagnóstico de Beçhet, Sd. Sjögren y vasculitis leucocitoclástica. Por hemorragia pulmonar se solicitó en 1 ocasión sin obtener diagnóstico final. Los infiltrados pulmonares fueron el motivo de petición en 1 caso de UCI con diagnóstico de bronconeumonía infecciosa. Por sinusopatía en una paciente con diagnóstico de neumoconiosos y enfisema bulloso y por pérdida de peso en un paciente de Endocrinología con diagnóstico de DM1.

### CONCLUSIONES

-El valor predictivo de la determinación Anca viene marcado por la presentación clínica en la que se solicitan. -En nuestro hospital la principal indicación para solicitar Anca es la presencia de citopenias, siendo inadecuado que las vasculitis asociadas a Anca suelen presentar leucocitosis y trombocitosis y la anemia, aunque presente, es un dato muy inespecífico. -Cuando los Anca se solicitan por enfermedad renal se obtiene mayor índice de positividad con alta predictibilidad de vasculitis Anca. Sin afectación renal, la rentabilidad es baja. -Los servicios de Nefrología, M Interna e Infecciones son los más solicitantes y los que más positivos obtienen. -Los servicios de Hematología y Neurología son también grandes peticionarios sin hallar ningún caso positivo que no sea atípico y sin ningún diagnóstico de vasculitis, debido a la clínica por la que se pidió el test.

### BIBLIOGRAFÍA

- *Effective use of Antibody tests in the Diagnosis of Systemic Autoimmune Disease.* Robert Lyons, Sonali Narain, Cody Nichols, Minoru Satoh, And Westley H. Reeves.

**IF-6 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LOS PACIENTES CON NEUROBEHCET EN EL H. COSTA DEL SOL**

D. Fernández Bermúdez, E. Crespo González, E. Martín Márquez, C. Romero Gómez, J. Aguilar García, J. Gonzalo Blanquer, R. Cotos Canca, J. García Alegría  
Servicio de Medicina Interna. Hospital Costa del Sol. Marbella (Málaga)

**OBJETIVOS**

Describir las características clínicas de los pacientes diagnosticados de neurobehcet (NB), una de las manifestaciones más graves de la E. de Behçet (EB)

**MATERIAL Y MÉTODO**

Estudio descriptivo retrospectivo entre 1994-2013. Se recogen datos epidemiológicos, tipo de afectación neurológica, tratamiento y evolución tras el mismo.

**RESULTADOS**

Se diagnostican 4 (14%) pacientes (27 pacientes con EB), 50% mujeres. Características clínicas: tabla 1. En el LCR destacaba pleocitosis moderada (media 70 cel/mm<sup>3</sup>) de predominio mononuclear, e hiperproteínoorraquia (media 80 mg/dl). El HLA B51 fue negativo en todos los casos.

**CONCLUSIONES**

La frecuencia de NB en nuestro medio es similar a la descrita en la literatura. Aparece con frecuencia en el debut (50%). Todos nuestros pacientes tuvieron afectación parenquimatosa con cambios inflamatorios en troncoencéfalo. Presenta buena respuesta a los esteroides, pero con tendencia a la recurrencia. En la mitad de los pacientes ocasionó secuelas.

Tabla 1. Características clínicas (IF-6)

|                        | Mujer 37 años   | Varón 35 años   | Varón 34 años                                   | Mujer 32 años   |
|------------------------|---|---|---|---|
| Clínica debut          | Meningitis<br>aséptica<br>U. orales                         | Uveítis posterior   | Uveítis anterior                                | Neurobehcet. U.<br>orales /genitales                        |
| Úlceras orales         | +   | +   | +   | +   |
| Úlceras genitales      | +   | +   | +   | +   |
| Uveítis                | -   | +   | +   | +   |
| Cutánea                | -   | +   | -   | +   |
| Afectación articular   | -   | -   | -   | -   |
| TVP                    | +   | -   | -   | -   |
| Afectación neurológica | Parenquimatosa<br>(protuberancia)<br>Meningitis<br>aséptica | Parenquimatosa<br>(protuberancia y<br>hemisferio<br>cerebeloso) | Parenquimatosa<br>(protuberancia)               | Parenquimatosa<br>(protuberancia)<br>Meningitis<br>aséptica |
| Presentación           | Debut de la<br>enfermedad                                   | A los 3 meses del<br>diagnóstico                                | A los 10 años del<br>diagnóstico                | Debut de la<br>enfermedad                                   |
| Clínica                | Fiebre y sd.<br>meníngeo                                    | Fiebre, sd.<br>meníngeo, ataxia                                 | Sd. confusional, fiebre,<br>tetraparesia súbita | Fiebre y sd.<br>meníngeo                                    |
| Tratamiento            | Prednisona<br>Infliximab<br>Metotrexate                     | Prednisona<br>Azatiprina  | Prednisona<br>Azatiprina                        | Prednisona<br>Azatiprina                                    |
| Secuelas<br>Evolución  | No<br>Recurrente  | Ataxia leve<br>Monofásica                                       | Tetraparesia<br>Recurrente                      | No<br>Recurrente  |



## IF-7 ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LA POBLACIÓN DE PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE (AR) EN TRATAMIENTO CON TERAPIAS BIOLÓGICAS DEL “COMPLEJO HOSPITALARIO DE JAÉN”

L. Navarro Marín<sup>1</sup>, M. Romero Jurado<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Médico-Quirúrgico. Jaén

### OBJETIVOS

Analizar la población de Pacientes con AR en tratamiento con terapias biológicas del “Complejo Hospitalario de Jaén” y describir la variabilidad de las diferentes terapias.

### MATERIAL Y MÉTODO

Se realiza un análisis descriptivo de la población de pacientes diagnosticados de AR que se encuentran en tratamiento con fármacos biológicos (abatacept; adalimumab; certolizumab pegol; etanercept; golimumab; infliximab y tocilizumab) en la Unidad Clínica de Gestión del Aparato Locomotor (Sección de Reumatología) del Complejo Hospitalario de Jaén.

### RESULTADOS

Se analizaron 105 pacientes con AR en tratamiento con terapias biológicas (75 mujeres y 30 hombres) con una edad media de 50,08 años. La distribución global de los tratamientos biológicos fue la siguiente: Adalimumab (34%); Etanercept (34%); Infliximab (10%); Tocilizumab (10%); Golimumab (7%) y Certolizumab Pegol: (4%). La distribución por sexo fue la siguiente: Hombres: Adab (41%); Etan (32%); Inf (10%); mujeres: Adab (1%); Etan (31%); Inf: (10%). Durante el transcurso de las terapias biológicas, 16 pacientes precisaron cambiar de tratamiento. Recambio medio hombres 1,13; recambio medio mujeres 1,21. No siendo las diferencias estadísticamente definitivas.

### CONCLUSIONES

Los fármacos Anti TNF siguen siendo las terapias Biológicas más utilizadas en comparación con el resto de dianas terapéuticas. La forma de administración subcutánea prevalece sobre la intravenosa. En cuanto al recambio de terapia biológica es más frecuente en mujeres no siendo las diferencias estadísticamente significativas.

## Riesgo Vascular/ Dislipemias (RV/D)

### **RV/D-1 FENOTIPOS METABÓLICOS COMO PREDICTORES DE ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR, ESTUDIO CORDIOPREV**

F. Gómez Delgado, P. Pérez Martínez, A. García Ríos, J. Alcalá Díaz, J. Delgado Lista,  
F. Fuentes Jiménez, C. Marín Hinojosa, J. López Miranda

*Unidad de Lípidos y Arteriosclerosis. Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba (IMIBIC). Hospital Universitario Reina Sofía. Universidad de Córdoba. Córdoba*

#### **OBJETIVOS**

Objetivo: Analizar la respuesta lipémica e inflamatoria postprandial en sujetos normopeso, sobrepeso y obesos en función de su estado metabólico (sano o enfermo).

#### **MATERIAL Y MÉTODO**

Material y métodos: 1.002 pacientes del estudio CORDIOPREV (NCT00924937) recibieron un desayuno graso compuesto por: 0,7 g de grasa / kg de peso corporal (12% de ácidos grasos saturados (SFA), 10% de poliinsaturados (PUFA), 43% de monoinsaturados (MUFA), 10% de proteínas y 25 % de hidratos de carbono (HC). Se realizaron extracciones sanguíneas basales y de forma horaria durante 4 horas y se determinaron los niveles de triglicéridos (TG) y proteína C reactiva (PCR) postprandiales. Se definieron los siguientes fenotipos: normopeso metabólicamente sano o metabólicamente enfermo, sobrepeso metabólicamente sano o enfermo y obeso metabólicamente sano o enfermo.

#### **RESULTADOS**

Resultados: Se exploró la respuesta lipémica postprandial según el fenotipo metabólico. Los pacientes metabólicamente sanos mostraron menor respuesta lipémica postprandial de TG y lipoproteínas ricas en TG comparados con los metabólicamente enfermos, independientemente del grado de obesidad ( $P < 0,001$  y  $P < 0,001$ , respectivamente). El área bajo la curva (AUC) de TG y lipoproteínas ricas en TG fue mayor en los sujetos metabólicamente enfermos comparados con los metabólicamente sanos ( $P < 0,001$  y  $P < 0,001$ , respectivamente). Los sujetos metabólicamente enfermos mostraron mayores concentraciones plasmáticas de PCR comparados con los metabólicamente sanos ( $P < 0,001$ ), independientemente del índice de masa corporal (IMC).

#### **CONCLUSIONES**

Conclusiones: Nuestros resultados muestran como la presencia de ciertos fenotipos metabólicos, influye de manera favorable sobre los niveles de TG y PCR postprandiales.

## **RV/D-2 DIABÉTICOS Y LÍPIDOS EN CONSULTA EXTERNA: ¿CÓMO VAMOS?**

L. Muñoz Fernández, I. Mercado Montoro, R. Yeste Martín, M. Ruiz González, F. Báñez Sánchez, F. Molina Molina

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

### **OBJETIVOS**

Analizar el perfil lipídico y glucémico que presentan los pacientes diabéticos tipo 2 que acuden a la consulta de Medicina Interna, así como el uso de fármacos del grupo de las simvastatinas para el tratamiento de las dislipemias que presentan.

### **MATERIAL Y MÉTODO**

Se extraen los datos obtenidos de las historias clínicas de los pacientes diabéticos tipo 2 no frágiles que acuden a consulta de Medicina Interna entre Enero y Marzo del 2014. Se trata de un estudio descriptivo observacional.

### **RESULTADOS**

Estos 56 pacientes presentaron una media de edad de 72,09 años, siendo 27 de ellos hombres y 28 mujeres. Presentaban una glucemia basal media de 137,26 mg/dl (con una desviación estándar de 48 mg/dl, siendo 345 la glucemia máxima y 58 mg/dl la mínima). Se extraen los siguientes datos analíticos de todos ellos: Hemoglobina glicosilada media de 7,16, estando 20 de ellos (35,71%) por debajo del 6,5% y 35 (62,5%) con menos de 8%. En cuanto al colesterol: Colesterol total: 184 mg/dl, fracción LDL: 96,11 mg/dl, estando 29 de ellos (51,78%) en objetivo terapéutico (tomado éste como <100 mg/dl en general y <70 mg/dl para los que habían presentado algún evento cardiovascular), HDL: 46,78 mg/dl, triglicéridos 252,4 mg/dl (con una desviación estándar de 415 mg/dl, siendo el dato máximo recogido de 2576 y el mínimo de 56), cociente albumina/creatinina 36,48. 32 de los 56 paciente (57,14%) estaban tomando alguna estatina y 7 pacientes (12,5%) habían presentado algún episodio de cardiopatía isquémica (de los cuales sólo 1 estaba en objetivo de LDL<70). En 12 pacientes (21,42%) se realizó un cambio en el tratamiento hipolipemiante en la consulta.

### **DISCUSIÓN**

Los enfermos diabéticos tipo 2 tienen un riesgo de 2 a 5 veces más elevado de padecer enfermedad cardiovascular que la población general, estando perfectamente demostrado ya que la reducción de los factores de riesgo cardiovascular en ellos reduce la morbimortalidad de manera muy importante. Además, entre la población diabética hay un porcentaje elevado de pacientes que presentan dislipemia asociada a síndrome metabólico, con trigliceridemia elevada y disminución del c-HDL. La fracción LDL de colesterol es el predictor más importante de enfermedad coronaria en los pacientes diabéticos, aún más evidencia demostrada que en la población general. Actualmente, persisten las recomendaciones de mantener el objetivo de LDL por debajo de 100 mg/dl, excepto en aquellos pacientes diabéticos que presenten ya enfermedad cardiovascular, en los que el objetivo debe ser <70 mg/dl. Las estatinas son el primer escalón en el tratamiento de las dislipemias. Es, por tanto, muy importante, conocer el perfil lipídico de nuestros pacientes diabéticos y ser enérgicos en el tratamiento de as dislipemia, para reducir su morbimortalidad y mejorar su calidad de vida.

### **CONCLUSIONES**

-Los datos obtenidos en nuestro análisis muestran a una población diabética con un regular control glucémico en su mayoría, estando menos de la mitad con Hb1Ac menos de 6,5% y un 62,5% de los pacientes con menos de 8% de Hb1Ac. -La mitad de los pacientes diabéticos en consulta presentan el LDL mal controlado, y tan solo 1 de los 7pacientes con cardiopatía isquémica tenía un LDL <70 mg/dl. -El 57,14% de los pacientes diabéticos estaban tomando estatinas en el momento de acudir la consulta. -Tenemos que intensificar el tratamiento de la dislipemia y realizar mejor control glucémico en nuestra población diabética.

## Riesgo Vascular/ Tabaquismo (RV/T)

### RV/T-1 MOTIVOS FUNDAMENTALES DE ABANDONO DEL HÁBITO TABÁQUICO EN EXFUMADORES INGRESADOS EN MEDICINA INTERNA

A. Rodríguez Sánchez, M. Almenara Escribano, Á. Campos Calero  
*Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario de Jaén. Jaén*

#### OBJETIVOS

Conocer cuáles son las motivaciones principales que, en nuestro medio y en relación al los pacientes que habitualmente ingresan en Medicina Interna, llevan a un fumador a abandonar definitivamente el hábito tabáquico, para saber cuáles son los factores sobre los que hay que incidir a la hora de plantear a un fumador aún activo que abandone dicho hábito.

#### MATERIAL Y MÉTODO

Se realiza un estudio descriptivo sobre pacientes exfumadores escogidos aleatoriamente entre los ingresados en nuestro hospital en Medicina Interna entre los meses de Marzo y Abril de 2014. A todos ellos se les realiza una encuesta valorando datos epidemiológicos, clínicos, y referentes a su historial con el tabaco, como edad de abandono del hábito tabáquico, dosis acumulada en paquetes/año, enfermedades relacionadas y no relacionadas con el tabaco diagnosticadas durante su etapa de fumadores, y motivos fundamentales por los que finalmente dejaron de fumar. Respecto a este último dato, los encuestados debían distribuir tres puntos entre las diferentes causas de abandono del tabaco, pudiendo asignar los tres puntos a una sola causa si ésta era la única que les motivó a dejar de fumar, o dos puntos a un motivo principal y uno a otro secundario, o un punto a tres motivos diferentes si ninguno prevalecía sobre los demás. Los datos obtenidos son analizados con el programa estadístico SPSS 15.0.

#### RESULTADOS

Se realizó la encuesta a un total de 37 pacientes, siendo varones el 94'6%, con una media de edad de 73'27 años. La edad media de abandono del tabaco fue de 57'9 años y la media de la dosis acumulada fue de 49'29 paquetes/año. El 59'5% estaban ya diagnosticados de alguna enfermedad relacionada con el hábito tabáquico antes de dejarlo, siendo la más frecuente la EPOC (50% de éstos; 29'7% del total), seguida por la HTA (40'9%; 24'3% del total). Otras enfermedades relacionadas con el tabaquismo que, aunque en muy bajo porcentaje, presentaban ya algunos de los pacientes antes de dejar de fumar eran cardiopatía isquémica, neoplasia vesical, ACV, ulcus péptico y asma bronquial. Respecto a los motivos que les llevaron a dejar de fumar, los puntos que asignaron a las diferentes causas contempladas en el estudio se distribuyeron de la siguiente forma: el 32'43% de los puntos al diagnóstico establecido de una enfermedad, el 30'63% a semiología dependiente del tabaco no constitutiva aún de ninguna enfermedad, el 13'51% a prevenir futuros problemas de salud, el 8'10% al consejo de su médico, el 7'20% a presión familiar, el 4'50% a ausencia de motivación clara, el 2'70% a la dependencia que supone el tabaquismo y el 0'90% a influencia de los medios de comunicación. Otras causas contempladas en el estudio no recibieron puntuación alguna: presión laboral, presión social, coste económico, ley antitabaco, tabaquismo pasivo de los allegados, razones estéticas y embarazo.

#### DISCUSIÓN

El tabaco es una de las mayores amenazas para la salud pública existentes en la actualidad. Tanto es así que en 2008 la OMS introdujo un conjunto de medidas encaminadas a combatir el consumo de tabaco y ayudar a los países a aplicar el Convenio Marco de la OMS para el control del tabaco. De todas estas medidas se desprende lo importante que es en términos de salud la lucha contra el tabaquismo; por ello es de gran utilidad identificar cuáles son los factores que más influyen en nuestros pacientes para dejar de fumar.

### CONCLUSIONES

Tras el análisis de los datos obtenidos en nuestro estudio, referidos a los pacientes propios de la especialidad de Medicina Interna, en su mayoría de edad avanzada y pluripatológicos, vemos que, probablemente, la mayor rentabilidad a la hora de aconsejar a un fumador que deje de fumar la obtendremos intentando hacer un diagnóstico precoz de las enfermedades secundarias al tabaquismo, resaltando y dando la importancia que merece la semiología que presentan los fumadores aún sin enfermedad establecida, y exponiéndoles claramente las consecuencias futuras que en su salud va a tener el continuar fumando.

## Enfermedad Tromboembólica (T)

### T-3 DESCRIPCIÓN CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICA DE LA ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA EN PACIENTES INGRESADOS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

M. Mercado Montoro, A. Vílchez Parras, L. Navarro Marín, J. Fernández Reyes, F. Molina Molina  
*Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario de Jaén. Jaén*

#### OBJETIVOS

Descripción del perfil de los pacientes hospitalizados en nuestro Servicio con ETEV, analizando datos clínico-epidemiológicos, diagnósticos y aspectos terapéuticos.

#### MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo retrospectivo con revisión de historias clínicas de los pacientes ingresados en nuestro servicio entre noviembre de 2005 y abril de 2014, con diagnóstico de certeza de ETEV por técnicas de imagen.

#### RESULTADOS

Se revisaron 482 historias clínicas, con 416 casos de TVP (379 sin TEP y 37 con TEP), y 66 TEP sin TVP demostrada. El 55,2% eran varones con una edad media de 65 años y 69 años en mujeres. El IMC medio era de 28 Kg/cm<sup>2</sup>. Presentaban patología crónica el 65% siendo 18.5% HTA y 11% EPOC. Tomaban medicación por otros motivos en el momento del diagnóstico el 67%, siendo más habitual los antiagregantes (27%). Presentaban los siguientes factores de riesgo vascular: HTA (23.2%), hipercolesterolemia (9.3%) y DM (8.7%). Los síntomas de presentación más frecuentes en TVP fueron: tumefacción (95.5%) y dolor en extremidad (67%); en TVP+TEP: tumefacción (83%), disnea (81%) y dolor en la extremidad (56%); y en TEP: disnea (77%), síncope (32%), dolor torácico (21%) y tos (14%). Como método diagnóstico de TVP se realizó ecografía (89.8%), el 94.7% diagnóstica con localización proximal en 83%; venografía en 4 pacientes (TVP en 3), TAC en 11 y RMN en 7; afectaban en 46.9% al MII y en 38.4% al MID. Como localizaciones no habituales, encontramos 8 casos de TVP en MMSS (4 secundarios a catéter y 4 a reservorio), 3 en vena porta, 1 en senos cerebrales y 1 en vena central de la retina. Para el diagnóstico de TEP, se realizó TAC en 25.7% casos, positivo en 20.7%; se realizó gammagrafía pulmonar en 4.6% casos, con resultado de alta probabilidad en 4.1%. Se practicó ecocardiograma en el 13.3%; gasometría arterial en 21.4%, con pO<sub>2</sub>media de 67; ECG en 71%, normal en el 66%, bloqueo de rama derecha en el 9% y patrón S1Q3T3 en el 2%. Se practicó Rx de tórax en el 80.9%, normal en el 54.8%. Los hallazgos de laboratorio más relevantes fueron: aumento de fibrinógeno en 51.7%, aumento de dímero D en el 88.4% y aumento de troponina en el 3.7%. En cuanto a factores de riesgo asociados, 15.44% presentaban cáncer previamente o al diagnóstico de ETEV, 28.4% en estadio metastático, y siendo los más frecuentes: próstata 20.3%, colon 20.3%, pulmón 8.1% y cerebral 8.1%. El 5% había sufrido una cirugía en los 2 meses previos, realizándose en el 45.83% profilaxis con HBPM, y siendo más habitual la cirugía oncológica 16.7%. Había existido inmovilización al menos 4 días previos al evento de ETEV en el 19.5% de los casos (1-4 semanas en el 41.5% y < 1 semana en el 23.4%), y sin tromboprofilaxis en el 91.5%; las causas más frecuentes habían sido: demencia 31.9%, infección aguda 16% y traumatismo 10.6%. Se trataron en fase aguda con HBPM el 95%, el 2.4% con heparina no fraccionada y el 2% con rivaroxabán. Realizaron reposo absoluto los primeros días el 87%. A largo plazo, el tratamiento se realizó con acenocumarol (71.2%), bemiparina (25%), rivaroxabán (6) y enoxaparina (0.8%). Se prescribieron medias elásticas en el 52%.

#### CONCLUSIONES

Es frecuente la comorbilidad y los FRCV en pacientes con ETEV. En TVP el test diagnóstico más empleado fue la ecografía. La TC ha desbancado definitivamente a la gammagrafía como método diagnóstico para TEP. El factor de riesgo asociado más prevalente fue el cáncer sin evidencia de enfermedad metastásica. Debe hacerse hincapié en la tromboprofilaxis durante la inmovilización en domicilio por causa médica y en la posquirúrgica, ya que constituyen un importante factor de riesgo. Predomina el esquema de tratamiento con HBPM en fase aguda y anticoagulantes orales en fase crónica. Observamos una tendencia a la introducción de anticoagulantes de acción directa en el tratamiento de la ETEV. Reflexiones sobre la enfermedad tromboembólica venosa.

#### BIBLIOGRAFÍA

- Gabriel Botella F. *An Med Interna (Madrid)* 2003; 20: 447-450.

## **T-4 ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA Y DÍMERO D EN EL ÁREA HOSPITALARIA JUAN RAMÓN JIMÉNEZ**

C. Díaz Pérez, G. Mariscal Vázquez, C. Espejo Fernández, M. Machado Vilches, R. Villa Delgado, F. Muñoz Beamud, J. García Moreno, C. Borrachero Garo

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

### **OBJETIVOS**

Comparar características de pacientes con trombosis venosa profunda (TVP) y resultados de Dímero D (DD).

### **MATERIAL Y MÉTODO**

Se han revisado los casos de trombosis venosa profunda en el Área hospitalaria Juan Ramón Jiménez de Huelva, siendo el periodo de estudio desde 2006 hasta 2013. El estudio se ha llevado a cabo con una revisión retrospectiva de historias clínicas, mediante hoja de recogidas de datos, diseñadas para ello.

### **RESULTADOS**

Obtuvimos 162 casos de pacientes con evento trombótico, la edad media de aparición fue de 57.32 años (edad máxima de 87 años, y 17 de edad mínima), en la mayoría de los casos fueron mujeres (51.9% del total). En el 19.8% (32 casos) no se determinó el valor DD, fue positivo en el 50.6% (82 casos), el resto con resultado negativo (48 casos, 29.6%), siendo este valor más común en sexo femenino (47 casos). Dentro de los eventos trombóticos, TVP distal representa el 13% (21 casos), TVP proximal el 46.3% (75 casos), Tromboembolismo pulmonar (TEP) el 26% (26 casos) TVP+TEP el 24.7% (40 casos).

### **DISCUSIÓN**

El Dímero D (DD) es un producto derivado de la degradación de la fibrina que en otras situaciones. Se consideran normales los valores inferiores a 500ng/mL. Los estudios acerca de su poder como marcador analítico, concluyen que es una prueba de elevada sensibilidad (98-100%) y baja especificidad (35-39%), el valor predictivo negativo puede llegar a ser del 99,5%, por lo tanto es útil para descartar el diagnóstico de TVP, pero no para establecerlo. Por este motivo es un parámetro que forma parte de los algoritmos diagnósticos utilizados en la actualidad, pero no tiene ningún valor por sí solo.

### **CONCLUSIONES**

En nuestro estudio se han presentado casos de TVP con resultados negativos, por lo que ante un resultado negativo y una alta sospecha clínica debemos seguir el estudio.

## Varios (V)

**V-6 NEUTROPENIA FEBRIL POSTQUIMIOTERAPIA EN UN HOSPITAL COMARCAL**

J. Constán Rodríguez, F. Rodríguez Díaz, M. Navarrete de Gálvez, P. Cabrera García,  
J. Osuna Sánchez, V. Herrero García, J. Molina Campos, M. Platero Sánchez-Escribano  
*Servicio de Medicina Interna. Hospital Comarcal de la Axarquía. Vélez-Málaga (Málaga)*

**OBJETIVOS**

Conocer las características de los pacientes que ingresan en nuestro hospital con diagnóstico de Neutropenia Febril post-quimioterapia a través de los informes de alta con objeto de analizar nuestra actuación frente a este problema; criterios diagnósticos, de ingreso y de tratamiento.

**MATERIAL Y MÉTODO**

Se trata de un análisis observacional, descriptivo y transversal. Se analizan un total de 107 ingresos, entre los años 2007-2012, ambos inclusive, en el servicio de medicina interna de un hospital comarcal. Considerando neutropenia febril postquimioterapia como fiebre mayor de 38°C durante 1 hora o más o fiebre mayor de 38.3°C en 1 ocasión, junto a recuento absoluto de granulocitos menor de 500/mm<sup>3</sup> o recuento de leucocitos < 1000/mm<sup>3</sup> cuando se espera que el recuento de granulocitos sea menor de 500/mm<sup>3</sup>. Hemos analizado variables demográficas y clínicas, entre las que se incluyen: edad, sexo, días de estancia media, tipo de cáncer, tipo de quimioterapia, grado de neutropenia (Grado 1 <2000 neutrófilos absolutos en sangre periférica, Grado 2 <1500, Grado 3 <1000, Grado 4 <500), hemocultivos y urocultivos, días de duración desde el último ciclo de quimioterapia hasta la aparición de neutropenia, número de días con factores estimulantes de colonias y exitus. Utilizando como programa estadístico el spss 15.0.

**RESULTADOS**

Según el sexo, un 63.6% fueron mujeres y un 36.4% hombres. La media de edad fue de 61 años. El rango de edad variaba desde los 24 a los 78 años. El número de ingresos fue de 12 en el año en 2007, 19 en el año 2008, 12 en 2009, 15 en 2010, 23 en 2011 y 26 casos en 2012. En el 82% de los ingresos había neutropenia grado 4; en el 11.2 %, grado 3; en el 2.8%, grado 2 y en el 3.7% en el grado 1. Casi el 50% de nuestros pacientes (47.7%) estuvieron ingresados durante 5 días. El 70% de los pacientes estuvieron ingresados menos de 7 días. La media de días desde el último ciclo de quimioterapia hasta su ingreso fue de 8.65 días +/- 4.61. El tipo de cáncer más frecuentemente registrado fue el de mama, con un 41% del total, seguido por pulmón y hematológicos, ambos con un 13% y cáncer de colon 12%. También se registraron otros tumores como el gástrico en 6 casos, otorrinolaringológicos 5, próstata 4, ginecológico 2, liposarcoma 2, páncreas 1, vesical 1 y no localizado 1. El tipo de quimioterapia es desconocida en el 72%. Se hizo uso de factor estimulante de colonias casi en el 88 % del total. El 81% estuvo con factor estimulante de colonias 1 ó 2 días. En la mitad (49.5%), los hemocultivos salieron negativos. No obstante, en el 43% no se ha registrado. El urocultivo fue negativo en un 40% de los casos. No estando registrado hasta en un 54% de los casos.

**CONCLUSIONES**

El número de ingresos por neutropenia febril postquimioterapia va en aumento en nuestro servicio según pasan los años. La mayor parte de los ingresos, un 84%, tuvieron un grado severo de neutropenia al ingreso. Aunque existe un 11% de casos en los que el recuento de neutrófilos era mayor de 500, y aún así, se produjo el ingreso. Esto es debido a que en los criterios de ingreso no solo se incluye el valor absoluto de neutrófilos, sino también se tiene en cuenta la duración esperada de la neutropenia entre otros. El tipo de tumor más frecuente en nuestro medio, que tiene como complicación la neutropenia febril, es el de mama, seguido por el cáncer de pulmón y hematológicos. En el 72 % de los casos no había registro del tipo de quimioterapia utilizada, esto puede ser debido a que los pacientes no aportan informe de su tratamiento oncológico. Necesitamos conocer el tipo de quimioterapia que se emplea, para poder optimizar tratamientos, así como protocolizar aspectos microbiológicos, uso de estimulantes de colonias y tratamientos antibióticos empíricos.



## V-7 BROTE DE INTOXICACIÓN MORTAL POR INSECTICIDAS CONFUNDIDOS CON GÜISQUI

F. Laynez Bretones<sup>1</sup>, A. Lazo Torres<sup>1</sup>, J. Pimentel Asensio<sup>2</sup>, M. Esteban Moreno<sup>1</sup>, S. Domingo Roa<sup>1</sup>, P. Sánchez López<sup>1</sup>, C. Lozano Padilla<sup>3</sup>, F. Diez García<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Torrecárdenas. Almería

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

<sup>3</sup>Centro de Salud Bajo Andarax. Servicio Andaluz de Salud. Almería

### OBJETIVOS

Describir un brote de intoxicación aguda por plaguicidas confundidos con güisqui. El número de intoxicados fue 8, y uno de ellos falleció.

### MATERIAL Y MÉTODO

Ocho pacientes presentaron una intoxicación aguda por metomilo, un insecticida carbamato que actúa como inhibidor de la colinesterasa, muy empleado en la agricultura de la provincia de Almería. Los pacientes habían ingerido con ánimo lúdico el contenido de una botella de güisqui, que resultó ser una solución líquida de metomilo. La botella con el insecticida la habían encontrado abandonada en la vía pública.

### RESULTADOS

Los ocho pacientes eran varones de edades comprendidas entre los 22 y los 37 años. Siete de ellos bebieron el líquido creyendo que era güisqui, y a continuación lo escupieron por su mal sabor; el octavo paciente tragó una gran cantidad de líquido, y falleció a los 20 minutos, antes de llegar al hospital. Los siete pacientes restantes comenzaron a presentar síntomas a los 15-30 minutos de la ingesta, siendo los más frecuentes: vómitos (7 pacientes), mareos (6) y sialorrea (5). La exploración física mostró: miosis (6 pacientes), fasciculaciones (4) y roncus respiratorios (3). Los niveles de colinesterasa estaban por debajo de la normalidad en 6 pacientes. Cuatro intoxicados ingresaron en la UCI y 3 en planta de Medicina Interna. Las complicaciones más frecuentes fueron la insuficiencia respiratoria aguda (4), la inestabilidad hemodinámica (3) y la fibrilación auricular (1). Seis pacientes fueron tratados con lavado gástrico, carbón activado y atropina; uno de ellos precisó intubación orotraqueal. Los 7 pacientes fueron dados de alta del hospital entre el 3º y el 8º después de la intoxicación. Ninguno presentó secuelas. El estudio toxicológico de las muestras de contenido gástrico de los intoxicados mediante cromatografía de gases mostró la presencia de metomilo, un insecticida inhibidor de la colinesterasa del grupo de los carbamatos.

### DISCUSIÓN

En publicaciones previas nuestro grupo ha comunicado diversos casos de intoxicaciones accidentales mortales por plaguicidas confundidos con alimentos. En estos casos el mecanismo de confusión más frecuente fue la ingesta de alimentos mezclados con plaguicidas, que no se encontraban en sus envases comerciales. En el presente brote, la intoxicación sucedió al consumir unos jóvenes un líquido que creían que era una bebida alcohólica, ya que se encontraba en una botella de güisqui. El hecho de que los pacientes residieran en una zona en la que se emplean plaguicidas con frecuencia nos hizo sospechar de una intoxicación aguda por plaguicidas. La presencia de síntomas muscarínicos y nicotínicos, así como el descenso de la colinesterasa sanguínea nos orientó hacia un insecticida inhibidor de la colinesterasa (organofosforados o carbamatos). El estudio toxicológico confirmó la presencia de metomilo, un insecticida del grupo de los carbamatos.

### CONCLUSIONES

1) Las intoxicaciones digestivas accidentales por plaguicidas pueden ser causa de brotes graves y mortales. 2) La presencia de síntomas y signos muscarínicos y nicotínicos debe ponernos en alerta ante una posible intoxicación por insecticidas inhibidores de la colinesterasa. 3) El almacenamiento de los plaguicidas debe realizarse exclusivamente en los envases comerciales en los que se distribuye, manteniéndose correctamente etiquetados.

**V-8 LA IMPORTANCIA DE LA ALIMENTACIÓN EN EL CÁNCER CUTÁNEO NO MELANOMA**

E. Alarcón Manoja<sup>1</sup>, M. Linares Barrios<sup>2</sup>, J. González Fernández<sup>2</sup>, A. Martínez Rodríguez<sup>2</sup>,  
J. Bianchi Llave<sup>1</sup>

<sup>1</sup>UGC Medicina Interna. Área de Gestión Sanitaria Campo de Gibraltar. Algeciras (Cádiz) <sup>2</sup>UGC  
Dermatología. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz

**OBJETIVOS**

El cáncer cutáneo no melanoma (CCNM) es un problema de salud de incidencia creciente. La mayoría del CCNM tiene un pronóstico excelente, sin embargo, hay un grupo de pacientes con tumores de alto riesgo que es necesario reconocer para aplicar un tratamiento adecuado por su peor pronóstico. Aunque la exposición a la luz ultravioleta (UV) es considerada una de las principales causas del desarrollo de CCNM, hay evidencias experimentales que el daño UV de la piel puede ser modificado por factores dietéticos, de ahí la decisión de realizar este estudio sobre alimentación (con una estratificación por nutrientes) y CCNM, con el objeto de realizar una correcta prevención primaria y secundaria. La alimentación como factor de riesgo de CCNM ha sido investigada durante muchos años, pero se han establecido escasas relaciones estadísticamente significativas en los estudios realizados.

**MATERIAL Y MÉTODO**

Estudio de casos y controles en pacientes diagnosticados de CCNM, utilizando el programa informático NutriGenie, versión Nutrición 2005, para realizar la estratificación por nutrientes. Se incluyeron en el estudio, aquellos pacientes diagnosticados de CCNM en el Servicio de Dermatología del HUPM, durante el periodo 2002-2008, que cumplieran los siguientes criterios de inclusión: haber sido diagnosticados de CCNM con confirmación histológica y haber firmado el consentimiento informado de participación en el estudio. Se consideraron criterios de exclusión la ausencia de estudio anatomopatológico, o la detección de lesiones cutáneas compatibles con CCNM o Melanoma en la exploración de los pacientes del grupo control.

**RESULTADOS**

De una muestra de 182 pacientes (91 casos y 91 controles), la media de calorías a la semana en el grupo control es de 15.452,15 [IC 95% 14.184,00-16.720,31, SD=6.089,28]; mientras que en el grupo de los casos, la media es de 19.022,87 [IC 95% 17.122,62-20.923,12, SD=9.124,40], p=0,004. La media de proteínas a la semana en el grupo control es de 566,05 [IC 95% 530,25-601,86, SD=171,91]; mientras que en el grupo de los casos, la media es de 671,01 [IC 95% 608,21-733,80, SD=301,51], p=0,026. La media de carbohidratos a la semana en el grupo control es de 1.734,18 [IC 95% 1.582,88-1.885,49, SD=726,54]; mientras que en el grupo de los casos, la media es de 2.078,35 [IC 95% 1.856,15-2.300,55, SD=1.066,95], p=0,034. La media de grasas totales a la semana en el grupo control es de 579,53 [IC 95% 515,23-643,83, SD=308,74]; mientras que en el grupo de los casos, la media es de 741,20 [IC 95% 637,11-845,30, SD=499,82], p=0,081. La media de grasas saturadas a la semana en el grupo control es de 166,34 [IC 95% 150,07-182,60, SD=78,10]; mientras que en el grupo de los casos, la media es de 211,91 [IC 95% 183,94-239,88, SD=134,30], p=0,046. La media de grasas monoinsaturadas a la semana en el grupo control es de 242,33 [IC 95% 206,20-278,45, SD=173,45]; mientras que en el grupo de los casos, la media es de 323,04 [IC 95% 271,12-374,95, SD=249,28], p=0,081. Y la media de grasas poliinsaturadas a la semana en el grupo control es de 76,76 [IC 95% 64,99-88,53, SD=56,50]; mientras que en el grupo de los casos, la media es de 95,28 [IC 95% 74,21-116,35, SD=101,18], p=0,833.

**CONCLUSIONES**

Se aprecia una mayor ingesta estadísticamente significativa tanto en el total de calorías, proteínas, carbohidratos, como en el total de grasas saturadas en el grupo de los casos. Por otro lado, también se observa una asociación moderada positiva entre un mayor consumo de grasas totales y grasas monoinsaturadas con el CCNM.

**BIBLIOGRAFÍA**

- Ibiebele, TL. Et al. Dietary fat intake and risk of skin cancer: a prospective study in Australian

## V-10 CONSULTAS EXTERNAS: ¿CÓMO NOS CONSULTAN OTROS ESPECIALISTAS?

L. Muñoz Fernández, I. Mercado Montoro, R. Yeste Martín, M. Ruiz González, M. López Sánchez, F. Báñez Sánchez, F. Molina Molina

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

### OBJETIVOS

Analizar el motivo y la especialidad originaria de los pacientes derivados a nuestra consulta de Medicina Interna. Además, evaluaremos si dicha derivación está indicada y, en caso de no estarlo cuál sería la mejor estrategia a seguir con cada paciente.

### MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo de los datos aportados por la historia clínica de los pacientes derivados mediante una Hoja de Consulta desde otra especialidad (excluyendo Atención Primaria) a la consulta externa de Medicina Interna del Complejo Hospitalario de Jaén, desde Enero 2014 hasta Marzo 2014.; Se valoró mediante un comité de 5 especialistas si estaba indicada tal derivación a Medicina Interna o no.

### RESULTADOS

Se recogieron los datos de 28 pacientes que acudieron a la consulta derivados de otra especialidad entre Enero 2014 y Marzo 2014, siendo el 64% de ellos mujeres y 36% hombres, con una edad media de 63,21 años. Las hojas de consultan procedían de múltiples especialidades: Cardiología (21%), Oftalmología (18%), traumatología (14%), Reumatología (7%), Neurología (7%), Otorrinolaringología (3%), Ginecología (7%), Unidad del dolor (4%), Digestivo (4%), Oncología (4%), Hematología (4%), neurocirugía (4%), Cirugía general (3%). Al evaluarlas en el comité, se concluyó que el 50% de ellas no tenían indicación para la derivación a nuestro Servicio. En esos casos, la mitad de las veces era debido a que presentaban una patología en la que pudiera estar más indicada la consulta a otra especialidad (Infecciones, Endocrino, Dermatología, Psiquiatría, Reumatología y Neumología) y la otra mitad de los pacientes (un 26,92% del total) no precisaban en realidad la intervención de otro médico aparte de su médico de Atención Primaria y el especialista del cual procedía la hoja de consulta. Las especialidades con los mejores datos de derivación corresponden, con el 100% de derivaciones correctas, a Oftalmología, Reumatología, Oncología y Otorrinolaringología. Por el otro lado, Traumatología realizó 3 de 4 interconsultas erróneamente, Cardiología 2 de las 6 que recibimos carecían de indicación, una de las dos de Ginecología, así como ninguna de las recibidas por Neurología, Neurocirugía, Digestivo, Unidad del dolor, Hematología, Neurología, ni Cirugía general.

### DISCUSIÓN

Las Hojas de Consulta entre especialistas son una herramienta útil para comunicarnos y consultar acerca de los pacientes con otras especialidades. Medicina Interna es una gran receptora de las mismas, debido, entre otras razones, al manejo global del paciente. Identificar el origen de los partes de interconsulta puede ser muy útil a la hora de elaborar talleres y estrategias multidisciplinarios, poniendo de manifiesto problemas o errores en el uso de las mismas, para poder elaborar soluciones que permitan a los pacientes evitarse innecesarios traslados entre especialistas. Por otro lado, una inadecuada derivación conllevará inevitablemente la sobrecarga de nuestra consulta, con directa repercusión sobre la lista de espera de la misma.

### CONCLUSIONES

-Gran variedad de especialidades derivan pacientes para estudio por nuestra parte, siendo Cardiología, Oftalmología y Traumatología los que más pacientes derivan. -Se estima que en el 50% de las ocasiones está indicada la interconsulta a Medicina Interna. -En la mitad de las ocasiones que no está indicada la derivación a nuestro servicio, tampoco lo estaría para otro especialista. -Se aprecia que Traumatología es el servicio con peores datos de derivación, realizando el 14% de las hojas totales recibidas, pero estando el 75% de ellas carentes de indicación.

**V-11 MORTALIDAD ASOCIADA A LA DESNUTRICIÓN DEL PACIENTE INGRESADO EN MEDICINA INTERNA**

E. Jiménez Rodríguez, M. González Suárez, F. Flores Álvarez, F. Deodati, J. García García  
*Servicio de Medicina Interna. Hospital Nuestra Señora de Valme. Sevilla*

**OBJETIVOS**

Conocer el impacto de la desnutrición del paciente ingresado en la estancia hospitalaria y la mortalidad.

**MATERIAL Y MÉTODO**

Estudio descriptivo realizado en pacientes mayores de 65 años que hubieron ingresado en el servicio de Medicina Interna de un hospital de agudos entre Noviembre y Diciembre 2013. A todos ellos se les realizó una valoración nutricional al ingreso y se anotó la fecha de alta hospitalaria por mejoría del paciente o por fallecimiento del mismo. Las variables principales del estudio fueron la estancia hospitalaria y la mortalidad. Se realizó un estudio univariante mediante los test de la Chi-cuadrado y la T-student, según correspondiese. En el análisis multivariante se incluyeron aquellas variables con una  $p < 0,2$  en los análisis univariantes.

**RESULTADOS**

De los 164 pacientes incluidos en el estudio, 17 (10,4%) fallecieron durante el ingreso. La mortalidad fue más elevada en pacientes desnutridos o en riesgo de desnutrición en comparación con enfermos con estado nutricional normal (28% vs 4%,  $p=0,045$ ). La edad fue la única variable asociada en el análisis multivariante con la mortalidad ( $p=0.024$ ), aunque el MNA tuvo una asociación elevada no significativa ( $p=0.089$ ). La mediana (rango intercuartílico) de la estancia hospitalaria fue de 9 (7-17) días. La hipoalbuminemia ( $<3,5$  g/dL) se relacionó con un aumento de la estancia hospitalaria (55% vs 37%,  $p=0,028$ ).

**DISCUSIÓN**

La desnutrición pudiera empeorar el curso clínico de los pacientes ingresados. Un abordaje precoz de cribado al ingreso y de tratamiento durante el mismo pudieran mejorar el diagnóstico y el pronóstico de estos sujetos.

**CONCLUSIONES**

La mortalidad de los pacientes ingresados se relaciona con el estado nutricional. La desnutrición prolonga la estancia hospitalaria en estos individuos.

**BIBLIOGRAFÍA**

- Ordoñez A.M, Maradazzo-Schieferdecker M.E, Cestonaro T, et al. Nutritional status influences the length of stay and clinical outcomes in hospitalized patients in Internal Medicine Wards. *Nutr. Hosp* 2013; 28: 1313-20.

© 2014 Obra: XXX Congreso de la Sociedad Andaluza de Medicina Interna  
Editado por: S&H Medical Science Congress

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: 978-84-697-0257-4



**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)

